

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 22, número 2, suplemento 2, noviembre 2021

28º
**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

*"Medicina
de Familia.
El momento
es ahora."*

del 11 al 13 de
Noviembre de 2021
Hotel Meliá Lebreros
.....
Sevilla

#SAMFyC2021
www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

@samfyc
 @samfyc

ACM Andalucía de
congresos médicos
Asociación de Congressos Médicos de Andalucía - Teléfono: 954 121 126
www.asociacioncongresosmedicos.es - www.congresosmedicos.es

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria

Comité Científico

Presidente

José Luís Hernández Galán

Especialista en MFyC. Centro de Salud de Bailén. Jaén

Vocales

Tamara Aragón Aragón

Especialista en MFyC. Hospital de Alta Resolución. Sevilla

Rafael Esteban Castillo Reina

Especialista en MFyC. UGC Lora del Río, Distrito Sanitario Sevilla Norte

Jesús Guillén Vázquez

Médico Interno Residente 4º año de MFyC. U.G.C. Camas. Distrito Sanitario Aljarafe

Isabel León Arévalo

Especialista en MFyC. UGC Esperanza Macarena. Distrito Sanitario Sevilla

María Mercedes Martínez Granero

Especialista en MFyC. UGC. Camas. Distrito Sanitario Aljarafe

Yolanda Martos Vargas

Especialista en MFyC. UGC Lebrija AGS Sur de Sevilla

Francisco Tomás Pérez Durillo

Especialista en MFyC. Dispositivo de Apoyo. Unidad de Gestión Clínica de Bailén. Jaén.

María Victoria Rodríguez Romero

Especialista en MFyC. UGC Los Palacios y Villafranca. AGS Sur de Sevilla

Comité Organizador

Presidenta

Leonor Marín Pérez

*Especialista en MFyC. Médico EBAP. UGCD. Luís Taracido. Bollullos Par del Cdo. Huelva.
Vocal Provincial SAMFyC de Sevilla*

Vocales

Rosa María Álvarez Domínguez

Especialista en MFyC. U.G.C. Isla Cristina. Huelva

Pilar Bohórquez Colombo

Especialista en MFyC.. U.G.C.Esperanza Macarena. Sevilla

María Jesús Remesal Barrachina

*Especialista en MFyC. Médico EBAP. UGC Condado Occidental
C S de Niebla (Huelva)*

Tomás Remesal Barrachina

Especialista en MFyC. U.G.C. Isla Cristina. Huelva

Justa Zafra Alcántara

Especialista en MFyC. Centro de Salud José López Barneo. Torredonjimeno. Jaén

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente

M^a Filomena Alonso Morales

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Secretario

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico

Ignacio Merino de Haro

Vocal de Docencia

Pilar Bohórquez Colombo

Vocal de Formación

José Luis Hernández Galán

Vocal de Investigación

Juan Manuel García Torrecillas

Vocales de Residentes

Ángela Biscarri Carbonero

Carmen María Escudero Sánchez

Vocales de Jóvenes MF

José Joaquín Cordero de Oses

Pablo Natanael Puertas Moreno

Vocal provincial de Almería: *María Araceli Soler Pérez*

Vocal provincial de Cádiz: *Antonio Fernández Natera*

Vocal provincial de Córdoba: *Juan Manuel Parras Rejano*

Vocal provincial de Granada: *Vacante*

Vocal provincial de Huelva: *Pablo García Sardón*

Vocal provincial de Jaén: *Francisco Tomás Pérez Durillo*

Vocal provincial de Málaga: *Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández*

Vocal provincial de Sevilla: *Leonor Marín Pérez*

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar y Comunitaria

Medicina de Familia Andalucía

Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Disponible en formato electrónico en la web de SAMFyC (**acceso libre**):

<http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Director de la Revista

Subdirector de la Revista

Presidente de la SAMFyC

Juan Manuel García Torrecillas

Idoia Jiménez Pulido

Rocío E. Moreno Moreno

CONSEJO DITORIAL

Luis Ávila Lachica. *Málaga*

Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*

Pilar Barroso García. *Almería*

M^a. Teresa Carrión de la Fuente. *Málaga*

José M^a de la Higuera González. *Sevilla*

Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*

Juan Manuel García Torrecillas. *Almería*

José Antonio Jiménez Molina. *Granada*

Francisca Leiva Fernández. *Málaga*

José Gerardo López Castillo. *Granada*

Manuel Lubián López. *Cádiz*

Antonio Manteca González. *Málaga*

Rafael Montoro Ruiz. *Granada*

Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*

Andrés Moreno Corredor. *Málaga*

Herminia M^a. Moreno Martos. *Almería*

Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*

Juan Ortiz Espinosa. *Granada*

Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*

Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*

Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*

J. Daniel Prados Torres. *Málaga*

Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*

Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*

Reyes Sanz Amores. *Sevilla*

Jesús Torio Duránte. *Jaén*

Juan Tormo Molina. *Granada*

Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*

Medicina de Familia. Andalucía

Incluida en el *Índice Médico Español*

Incluida en *Latindex*

Título clave: Med fam Andal.

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Para Correspondencia

Dirigirse a Revista Medicina de Familia.
Andalucía

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada
(España)

e-mail: revista@samfyc.es

Secretaría: Encarnación Figueredo

C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada
(España)

Telf. + 34 958 80 42 01

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Printed in Spain.

Maquetan:

Juan Francisco González Ibáñez



MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Revista Med fam Andal
Volumen 22, número 2,
suplemento 2, noviembre de 2021

La revista Medicina de Familia Andalucía edita el presente suplemento, tras la celebración del XXVIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, donde se incluyen resúmenes de comunicaciones que han sido aceptadas y defendidas.

Gracias por vuestra colaboración.

Sumario

CS/10/19

Comunicaciones orales

- Casos clínicos médico de familia
- Casos clínicos médico residente
- Experiencias médico de familia
- Proyectos de investigación médico residente
- Proyectos de investigación médico de familia
- Resultado de investigación cualitativa médico residente
- Resultado de investigación cualitativa médico de familia
- Resultado de investigación cuantitativa médico residente
- Resultado de investigación: investigación cuantitativa otros profesionales sanitarios de atención primaria

CS/10/19

Comunicaciones tipo póster

- Casos clínicos médico de familia
- Casos clínicos médico residente
- Experiencias de otros profesionales sanitarios de atención primaria
- Experiencias docentes médico de familia
- Experiencias médico de familia
- Experiencias MIR de medicina familiar y comunitaria
- Proyecto de investigación médico de familia
- Proyecto de investigación médico residente
- Resultado de investigación: investigación cuantitativa médico de familia
- Resultado de investigación: investigación cuantitativa médico residente
- Resultados de investigación: investigación cualitativa médico de familia
- Resultados de investigación: investigación cualitativa médico residente

PRÓLOGO

Casi 2 años después del inicio de lo que ha supuesto la aventura de organizar el 28º congreso SAMFyC éste se llevó a término.

A lo largo del camino, ha sido tal el acúmulo de incertidumbres ajenas a nosotros como organizadores, que parecía imposible que llegáramos a lo que al final ha resultado un congreso que ha cumplido con nuestras expectativas.

El gran número de congresistas hacía temer que nos viésemos desbordados.

El encuentro formativo de SAMFyC, el reencuentro, batía récord de asistentes, tantos compañeros que debido a la pandemia no habíamos visto en muchos casos hacía más de 2 años. Emoción al poder mirarnos, sentirnos en proximidad, casi como antes, difícil de expresar con palabras.

Nos hemos reunido en el marco de una ciudad espectacular y acogedora como es Sevilla.

Hemos compartido con otros profesionales venidos de todos los rincones de Andalucía, tiempo, espacio, trabajo y ocio, que siempre nos enriquecen y nos resultan útiles en el día a día de nuestra trayectoria profesional, expectativas y ambiciones.

Gracias por vuestra presencia y participación.

“MEDICINA DE FAMILIA. EL MOMENTO ES AHORA”:

Ahora para los profesionales y el trabajo en equipo.

Ahora para nuestros pacientes y sus familias.

Ahora para la comunidad en la que vivimos y trabajamos.

Ahora para la investigación en nuestro ámbito laboral.

Ahora para la regeneración y sostenibilidad de la Atención Primaria.

En definitiva: AHORA para cimentar un futuro mejor.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
ORALES:
CASOS CLÍNICOS
MÉDICO DE FAMILIA**



ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA

Dolor abdominal: torsión de bazo, a propósito de un caso

Ortiz Méndez M¹, Casquero Sánchez J², Nieto Espinar Y²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares San José. Linares. (Jaén)

² Médico de Familia. CS San José. Linares. (Jaén)

Ámbito del caso

Médico de familia.

Motivos de consulta

Mujer de 18 años con dolor abdominal intenso, incontrolable con analgésicos que le impide la bipedestación, sudoración profusa, náuseas y afebril. Diagnosticadas en anteriores visitas por cistitis y estreñimiento.

Historia clínica

A su llegada regular estado general, palidez y sudoración fría, pero hemodinámicamente estable. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen rígido, no depresible y palpación dolorosa. Resto de la exploración sistémica normal.

Analítica con leucocitosis a expensa de neutrofilia, coagulación normal, fibrinógeno 600 mg/dl; Bioquímica normal; PCR: 196.5mg/L; Gasometría venosa: pH 7.512, HCO₃ 23.8 mmol/L; sistemático de orina normal y pruebas de embarazo negativa. Radiografía de tórax y abdomen: normal. Dada la inespecificidad de los resultados analíticos y persistencia de la clínica, se realizó una ecografía clínica a pie del paciente en donde se identificó zona heterogénea oscura de base triangular en zona posterior del bazo y líquido libre en pelvis.

Para confirmación de la sospecha clínica se consultó con radiología quien decidió hacerle un TAC abdominal que concluyó: infarto esplénico agudo evolucionado sobre bazo en localización ectópica pélvica, isquemia secundaria a torsión (a nivel L3) de pedículo vascular largo, asociado

a moderada cantidad de líquido homogéneo entre las asas.

Enfoque individual: conocer las ventajas de la aplicación de herramientas, como es la ecografía clínica tanto en el ámbito de atención primaria y en atención primaria.

Enfoque familiar y comunitario: tener presentes las posibles patologías complicadas con pruebas complementarias tan importantes como la ecografía clínica nos pueden desorientar el diagnóstico y cuyo retraso puede ser decisivo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: 1º Torsión de bazo. 2º Colecistitis aguda, Apendicitis, Cistitis complicada. 3º Infravaloración de los síntomas recurrentes y la formación.

Tratamiento, planes de actuación: se ingresó en planta de cirugía para ser intervenida para una esplenectomía.

Evolución: tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente, con revisiones periódicas y controles analíticos.

Conclusiones

Estos casos nos ponen en relevancia la importancia de la formación ecográfica clínica del médico de familia y en urgencias para evitar la demora del caso y orientar el diagnóstico en la mayor brevedad posible, atendiendo a la clínica y sospechas diagnósticas.

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Afebril, Ecografía Clínica.

ÁREA: MÉDICO RESIDENTE

Astenia primaveral

Jiménez Cordero A¹, Álvarez Garcés S²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saucejo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia, hiporexia y fiebre.

Historia clínica

Mujer de 18 años. No alergias medicamentosas conocidas. No patologías médico-quirúrgicas de interés. Acude por cuadro de astenia, hiporexia, fiebre (hasta 39°C), dolor abdominal difuso y náuseas de una semana de evolución. Niega disnea, tos o expectoración. No diarrea ni vómitos. No síntomas urinarios ni lesiones cutáneas.

Exploración física: palidez mucocutánea. TA 110/70. Afebril. Saturación O₂ 97% basal. Adenopatías bilaterales laterocervicales. Ligera hepatomegalia, sin esplenomegalia.

Pruebas complementarias: hemograma: Hb 7.7, VCM 109.8, leucocitosis (16.330) con linfomonocitosis (60.90% linfocitos, y 15.20% monocitos), plaquetas normales. Reticulocitosis (396.030). Test de Coombs directo e indirecto positivo. Frotis de sangre periférica: 30% de formas linfoides de aspecto activado, frecuentes linfocitos en apoptosis y 2 eritroblastos / 100 células blancas. No se observan blastos. Autoanticuerpos fríos. Bioquímica: función renal e iones normales, GGT 170, GPT 213 y GOT 175. PCR 2, Ferritina 1448, Haptoglobina <10. LDH 545. Función tiroidea normal. Test de embarazo negativo. Sistemático de orina: hematías 30, resto normal.

Enfoque individual: derivación hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: no ambiente epidemiológico.

Juicio clínico: anemia hemolítica autoinmune.

Diagnóstico diferencial: síndrome linfoproliferativo. Infecciones: mycoplasma pneumoniae, mononucleosis. Fármacos.

Identificación de problemas: dada las alteraciones analíticas, la necesidad de ampliar el estudio y la posibilidad de transfusión, se consensua con Medicina Interna ingreso en planta.

Tratamiento, planes de actuación: durante el ingreso se realizan los siguientes procedimientos. Búsqueda de etiología: se descarta origen farmacológico dado que la paciente no toma medicación, y tampoco síndrome linfoproliferativo por la ausencia de blastos en frotis ni otros trastornos hematológicos. Se solicita serología, siendo positiva para VEB. No se realiza transfusión dada la estabilidad hemodinámica y clínica de la paciente. Se consensua con hematología el tratamiento: sintomático para la infección, y no se administran corticoides porque el origen de la anemia son autoanticuerpos fríos.

Evolución: tras dos semanas de ingreso, se decide el alta hospitalaria. Acude nuevamente a la consulta de atención primaria para seguimiento. Los nuevos controles analíticos se normalizan y la paciente está asintomática.

Conclusiones

No hay que analizar los motivos de consulta en atención primaria. Siempre hay que indagar en la historia clínica y realizar una buena exploración física con el fin de llegar a un diagnóstico diferencial acertado.

Palabras Clave

Anemia, Fiebre, Autoinmune, Infección, Coombs.

ÁREA: MÉDICO RESIDENTE

Polineuropatía inflamatoria desmielinizante post-COVID-19

Vaca Vilanova P¹, González Furundarena S², Castelló Corvillo M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Bermejales. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José de la Rinconada. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Parestesias en miembros post-COVID-19.

Historia clínica

Antecedentes personales: mujer 56 años No RAMCS. Exfumadora Dislipemia. Cólicos nefríticos.

Tratamiento: atorvastatina.

Enfoque individual. Enfermedad actual: paciente de 56 años con AP de infección por COVID 19 en noviembre del 2020, acude a nuestra consulta por cuadro de parestesias en miembros superiores a nivel de yema de dedos que se incrementan con cambios de temperatura y debilidad distal. Ante la clínica presentada solicitamos ENG, donde se objetivan signos compatibles con síndrome de túnel del carpo bilateral. Posteriormente, la clínica aparece en miembros inferiores a nivel distal, por lo que se decide derivación a Neurología para completar estudio.

Exploración: pares craneales normales. MMSS: debilidad en abducción bilateral con musculatura distal de carpo conservada. REM presentes y simétricos. Tinnel y Phalen positivos. Apalestesia en dedos. MMII: debilidad en flexión de cadera derecha 4+/5, con TP bilateral 4/5 y posibilidad de deambulación de talones y puntillas. Hipopalestesia rotulinana y apalestesia en dedos. Hipoestesia táctil a nivel distal de miembros inferiores. REM presente salvo Aquíleos. No se aprecia asimetría en el balance motor de miembros.

Pruebas complementarias. ENG MMSS: signos compatibles con Sd túnel del carpo de grado muy intenso con afectación de latencia motora del nervio mediano bilateralmente. Analítica y LCR: sin hallazgos. ENG 31/3: datos compatibles con PNP mixta axonal/desmielinizante.

Enfoque familiar y comunitario: no necesario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante secundaria a COVID.

Tratamiento, planes de actuación: inicia tratamiento con deflazacort 30 mg en pauta descendente durante un mes y posteriormente de 6 mg 3 meses más hasta próxima revisión.

Evolución: favorable, aunque persiste alodinia en manos y pies.

Conclusiones

Los coronavirus no siempre permanecen en las vías respiratorias, pudiendo invadir el sistema nervioso central en determinadas condiciones. Detrás de esto podrían estar implicados factores virales y factores asociados al huésped, que determinarían el nivel de neurotropismo. La incidencia real de las complicaciones neurológicas y su tipo y gravedad son inciertos, por lo que aún es necesario continuar investigando, pero cabe destacar la importancia de tener en cuenta la capacidad de estos virus de producir alteraciones del sistema nervioso y no pensar únicamente en sus efectos sobre el sistema respiratorio.

Palabras Clave

Coronavirus, Neurotropismo, COVID-19.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR / REUMATOLOGÍA

Nódulos pulmonares de nueva aparición

Santamaria Martín V¹, Pérez Milán L², Pérez Tovar C¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Cayetano Roldán. San Fernando (Cádiz)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Tos, expectoración, disnea, escalofríos.

Historia clínica

Antecedentes personales: exfumadora 20 cig/día (desde hace 18 años). DM tipo II AR

Anamnesis: paciente mujer de 59 años que acude por tos con expectoración blanquecina, escalofríos y sensación disneica de 2 semanas de evolución.

Exploración: constantes: TA 150/100. FC: 100 lpm. Tra 36.4°. Sat O₂ basal: 100%. ACR: rítmicos sin soplos. Sibilantes bilaterales.

Pruebas complementarias: analítica: glucosa 110 mg/dl. Hemograma y bioquímica en rangos de normalidad. PCR 2.4. Rx tórax: área de opacidad situada entre 1º y 2º arcos costales anteriores derechos, con probable broncograma aéreo en su interior. Imagen nodular radiopaca proyectada sobre 8º arco costal posterior derecho. PCR SARS COV-2: -. TC TORAX: nódulo con cavitación central, localizado en segmento 1 de LSD, que podría bien corresponder con proceso inflamatorio-infeccioso probablemente de etiología tuberculosa, absceso pulmonar o bien con un proceso infiltrativo tumoral. Nódulo sólido subpleural del segmento 9 de LID. BRONCOSCOPIA: *klebsiella oxytoca*. Galactomanos +. Micobacterias -. PPD: -.

Enfoque familiar y comunitario: iABVD. Nivel socioeconómico medio. Buen soporte familiar. Convivientes asintomáticos. No contacto estrecho con + SARS COV 2.

Juicio clínico: nódulos necro bióticos asociados a su ar.

Diagnóstico diferencial: tuberculosis, infecciones micóticas, infección SARS COV₂, infección VVRR, hiperreactividad bronquial, neoformación, abscesos pulmonares, nódulos necro bióticos asociados a su AR.

Identificación de problemas: numerosos factores que debían alentarnos a realizar un buen diagnóstico diferencial: la diabetes mellitus y el tratamiento con terapia biológica debía alertarnos de que estábamos ante una paciente inmunodeprimida lo que implicaba que la paciente podía tener una infección producida por un espectro concreto de microorganismos. El reto de conocer no solo las manifestaciones articulares de la artritis reumatoide si no también las extraarticulares (nódulos pulmonares entre otras).

Tratamiento, planes de actuación: antibióticos, inhaladores, corticoides y voriconazol. Tras resección de los nódulos y confirmación de que eran una manifestación extraarticular de la artritis reumatoide el plan de actuación fue continuar con seguimiento por reumatología.

Evolución: buena.

Conclusiones

La importancia del contexto global de los pacientes. Mirada abierta a que se puede presentar más de un diagnóstico a la vez. Lectura minuciosa de radiografía de tórax poniendo cada imagen en el contexto individualizado del paciente. Conocer bien el tratamiento de los pacientes.

Palabras Clave

Pulmonary nodule, Arthritis Rheumatoid, Immunosuppression, Biological therapy, Differential diagnosis

ÁREA: CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Bulto en zona axilar, lo que parece no es

Pedrosa Arias M¹, Dabán López B², Gámez Molina A¹

¹ Médica de Familia. Consultorio Barrio Monachil. Monachil (Granada)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Barrio Monachil. Monachil (Granada)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospitalaria.

Motivos de consulta

Tumoración en axila.

Historia clínica

Mujer de 67 años soltera con *antecedentes personales*: HTA, ACV con hemiparesia derecha, hemorragia intraparenquimatosa cerebral de ganglios basales. Acude a la consulta por que se ha notado desde hace un mes tumoración no dolorosa en zona axilar-mama izquierda de 10x7 cm con retracción de pezón de la misma. Afebril y pérdida de peso que no sabe cuantificar. No ha notado aumento de tamaño en las últimas semanas. Nunca ha realizado mamografía.

Exploración: buen estado general, consciente orientada y colaboradora. ACR normal TA:124/71, Sat 100%. Se palpa tumoración axilar-mama adherida a planos profundos, retracción mamaria con piel de naranja en mama izquierda. Se solicita mamografía preferente y se cita en unidad de mama. Mamografía parénquima mamario heterogéneamente denso de distribución simétrica. No se observa imágenes nodulares ni microcalcificaciones agrupadas sospechosas de malignidad. Engrosamiento cutáneo en cuadrantes externos de mama izquierda. Ecografía: lesión sólida hiperecogénica de contornos lobulados en cola de mama-axila izquierda de 5.7x4.7cm con vascularización periférica en interior. Gammagrafía: estudio gammagráfico no sugestivo de afectación ósea metastásica. TAC Craneal: no lesiones ocupantes de espacio; TAC Tórax: conglomerado adenopático retropectoral/axilar izquierdo; Tac abdominopélvico: engrosamiento parietal hiperaptante en colon sigmoide que podría

corresponder a implante. Se realiza BAG ecoguiada en acto único obteniendo 3 cilindros: se remiten a anatomía patológica: infiltración por neoplasia maligna pobremente diferenciada con expresión de marcadores melánicos (S 100 + Melan A+ y Hmb-45+) que obliga a descartar melanoma maligno.

Enfoque individual: paciente soltera dependiente para algunas actividades de la vida diaria. Vive sola con cierta limitación cognitiva.

Enfoque familiar y comunitario: una hermana es la cuidadora principal, así como una sobrina que es quien la acompaña a revisiones.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: melanoma maligno E IV con afectación ganglionar N3. Neo de mama primario; linfomas cutáneos de células T.

Tratamiento, planes de actuación: en octubre 2019 se inició tratamiento con nivolumab mensual, con buena respuesta hasta la fecha.

Evolución: actualmente en tratamiento de forma conjunta por oncología y dermatología. Con seguimientos mensuales.

Conclusiones

Este caso nos avisa de que lo que parece no siempre es. Al principio se enfocó como un cáncer de mama, pero al ampliar estudio, apareció una lesión en piel sospechosa de melanoma. Hay que estar atentos ante cualquier lesión que aparezca y nunca no dejar de darle importancia.

Palabras Clave

Melanoma, Neo de Mama, Cirugía.

ÁREA: ENDOCRINO

No todo es disfunción por la edad

Aragón Aragón T¹, Sánchez Sánchez A², Aragón Aragón A³

¹ FEA de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

² Hospital de Alta Resolución Utrera. Sevilla

³ Farmacéutica de AP

Ámbito del caso

Médico de familia consulta.

Motivos de consulta

Disfunción eréctil.

Historia clínica

Paciente de 61 años que acude a consulta por disfunción eréctil desde hace 1 año, refiere erecciones de mala calidad y corta duración con preservación del deseo sexual, sin disfunción eyaculatoria ni orgásmica.

En la exploración física ambos testes en bolsa de tamaño y consistencia normal, sin palpase nódulos duros sospechosos y epidídimo normales. Se deriva a urología para valoración.

Se le realiza una analítica completa donde se objetiva hipotestosteronemia e hiperprolactinemia en la ecografía, se objetiva vejiga y próstata normales. Se solicita RMN con gadolino de la base craneal. Se deriva a medicina interna del hospital quien recibe la RMN. En la resonancia se objetiva macroadenoma hipofisiaria que deforma y ocupa silla turca 27*24*33 que realza la forma homogénea tras la administración de contraste.

Posteriormente medicina interna deriva a endocrino y neurocirugía para valoración de nuestro hospital de referencia y pauta tratamiento.

Enfoque individual: antecedentes personales sin interés, no RAM conocida, no hábitos tóxicos, no factores de riesgo cardiovascular.

Enfoque familiar y comunitario: antecedentes familiares dos hermanos fallecidos de tumor cerebral.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: macroadenoma hipofisiario. Diagnóstico diferencial con disfunción eréctil de la edad.

Tratamiento, planes de actuación: medicina interna deriva a endocrino quien pauta tratamiento con cabergolina 0.5 1/2 comprimido lunes y jueves y a la semana subir a los lunes y 1/2 comprimido y a la semana un comprimido entero los lunes y otro comprimido los jueves hasta revisión. La actuación a seguir dependerá de la valoración de neurocirugía quien dictaminará cirugía o no.

Evolución: el paciente está a la espera de valoración de endocrino y neurocirugía.

Conclusiones

Debemos prestar atención a los motivos de consulta recurrentes, que nos pueden parecer propios de la edad pero que indagando un poco podemos llegar a diagnósticos tan acertados como éste.

Palabras Clave

Testosterone, Adenoma, Erectile Dysfunction.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Resistencias antibióticas... En la comunidad

Sánchez Sánchez C¹, González Hevilla A², de Juan Roldán J³

¹ Médico de Familia. CS Parte Vieja. Gipuzkoa

² EIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Regional Universitario. Málaga

³ Médico de Familia. Programa de Doctorado de Biomedicina, Investigación Traslacional y Nuevas Tecnologías en Salud. Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria. Consulta a demanda.

Motivos de consulta

Mal olor al limpiarse los oídos.

Historia clínica

Mujer, 23 años, gestante de 22 semanas en seguimiento por hipertiroidismo. NAMC. Historia clínica: embarazo 2016, ingreso breve por dolor abdominal y varias infecciones: cuadros catarrales, onicomicosis, vulvovaginitis, cistitis, amigdalitis aguda, COVID19 y múltiples consultas por molestias en los oídos, algunas con extracción de tapones y otras con tratamiento farmacológico. Prescripciones por este motivo en los últimos 3 años y 3 meses: tópico (1 beclometasona/clioquinol, 8 dexametasona/polimixina B/trimetoprima, 3 fluocinolona/ciprofloxacino y 1 ciprofloxacino; oral (1 amoxicilina-clavulánico y 1 ciprofloxacino). Otras causas: 1 amoxicilina, 1 amoxicilina-clavulánico, 1 azitromicina, 1 metronidazol.

Enfoque individual: mal olor, prurito. Sin secreción, sin dolor. Otoscopia: detritus en oído izquierdo compatibles con otomicosis. Se toma muestra y se pauta ciclopirox tópico. Tras 3 semanas, persisten los síntomas, pero con abundante exudado. Resultado: sin leucocitos. Negativo para hongos. Abundantes colonias *Staphylococcus aureus Meticilin-R* (SARM).

Enfoque familiar y comunitario: en 2020 en Atención Primaria en la zona de referencia (657.145 TIS) se aislaron 125 SARM (0,2 MMR/1000 hab.).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: la colonización

aumenta el riesgo de infección estafilocócica tras un procedimiento invasivo.

Los SARM comunitarios se relacionan con infecciones de piel y partes blandas en jóvenes sanos sin exposición reciente a cuidados sanitarios. La descolonización estaría indicada si hubiera infecciones recurrentes (o si se estuviera transmitiendo de manera continuada). La eficacia es limitada.

Tratamiento, planes de actuación: se codifica en la alerta de la historia electrónica que la paciente es portadora de SARM, se contacta con la consulta de obstetricia que interconsulta con Medicina Preventiva.

Evolución: comentado el caso con ORL, pauta fluocinolona/ciprofloxacino y cita en 3 días donde se aspiran secreciones, continúa tratamiento tópico y asintomática tras una semana.

Conclusiones

Transmisión: contacto con personas o animales colonizados o a través de fomites. Factores de riesgo (muchos no tienen): lesiones cutáneas (también afeitado, depilado, tatuajes); fluoroquinolonas y cefalosporinas (estudio de los pacientes etiquetados como alérgicos a la penicilina puede reducir el uso de antibióticos de amplio espectro), VIH, drogas por vía parenteral, cuidados hospitalarios. Consejos: higiene de manos, vendaje de heridas, no compartir objetos personales o equipamiento que no se ha lavado. La colonización por SARM requiere medidas de aislamiento de contacto.

Palabras Clave

Otitis Media, SARM, Embarazo.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

No todo son efectos secundarios de la vacuna del coronavirus

Cabello de Alba Fernández C¹, Ramos Suárez F², Hernández García R³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda. (Jaén)

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. (Jaén)

³ Médico de Familia Adjunta. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesiones dérmicas en tronco, miembros, palmas de mano, plantas de pies, boca y genitales.

Historia clínica

Descrita abajo.

Enfoque individual: mujer de 54 años con antecedentes personales de hernia de hiato. Fumadora de 31 paquetes/años. Ingesta de alcohol ocasional. Acude a nuestra consulta por lesiones múltiples no pruriginosas en tronco, miembros, palmas de manos, plantas de pies, mucosa oral y mucosa genital de un mes de evolución tras administración de 2º dosis de vacuna contra el coronavirus. No otros síntomas de interés.

Exploración: lesiones eritematosas redondeadas, en diana, algunas descamativas en todo el cuerpo sin respetar palmas ni plantas de pies. Las lesiones no desaparecen con la digitopresión. Se observan úlceras en mucosa oral y genital dolorosas al tacto.

Ante la clínica, pensamos que se puede tratar de un eritema multiforme menor secundario a la vacuna del coronavirus y se solicita una analítica con serología vírica y para sífilis y pautamos corticoterapia oral, hidratación dérmica y observación. A los días acude nuevamente la paciente sin mejoría y con resultados analíticos positivos para sífilis con una titulación de 1/8.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente refiere que convive con su marido en su domicilio con el que lleva casada 23 años. No tiene hijos. No refiere conductas sexuales de riesgo. La paciente es administrativa.

Juicio clínico: sífilis secundaria

Diagnostico diferencial: eritema multiforme menor, síndrome mano-pie-boca, varicela.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente es tratada con bencilpenicilina-benzatina 1 inyección semanal durante 3 semanas con control analítico posterior. Decidimos informar al sistema de enfermedades de declaración obligatoria para vigilancia y estudiar a los posibles contactos de la paciente tanto clínica como serológicamente.

Evolución: la paciente presento mejoría clínica y serológica al finalizar el tratamiento.

Conclusiones

La vacuna del coronavirus ha despertado mucha desconfianza en una parte de la población por los efectos secundarios que puede provocar y por el miedo a sufrirlos y en ocasiones es muy difícil saber si se trata de un efecto secundario o no de la vacuna. Por ello, una historia clínica detallada con una correcta exploración es muy importante para realizar un diagnóstico de certeza acompañado de pruebas complementarias.

Palabras Clave

Sífilis, Enfermedad de Transmisión Sexual, Enfermedad Infecciosa.

ÁREA: INEQUIDADES EN SALUD / SALUD INTERNACIONAL

El reto del control diabético en pacientes inmigrantes

González Orero M¹, Porcel Ruiz J²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

² Médica de Familia. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Seguimiento de paciente diabético.

Historia clínica

Paciente de 37 años procedente de Ghana. Reside en España desde 2016. Trabajador en invernadero. Anglófono, barrera idiomática. Diagnóstico de diabetes tipo 1 insulino dependiente en 2017. Revisada su historia clínica, mal control desde diagnóstico. No acudió a varias revisiones. Control analítico en abril de 2021: hbA1c 9'51%. En consulta telefónica se comunica mal control glucémico y se intensifica insulino terapia introduciendo insulina rápida. El paciente dice entender tratamiento. Nuevo control a los 3 meses: hbA1c 12%. Dado el empeoramiento analítico y las dificultades comunicativas se cita presencial, entrevista en inglés. El paciente había suspendido por cuenta propia insulino terapia tras episodios de hipoglucemia sintomática. No disponía de tiras y consideró mayor el riesgo de hipoglucemias por el tratamiento que el del abandono. En ese momento no solicitó renovación ni consultó por falta de tiempo por condiciones sociolaborales y por encontrarse asintomático tras retirada. Al interrogatorio, identificamos que previamente había sustituido pauta de insulina lenta por rápida, causa de hipoglucemias.

Enfoque individual: explicamos la enfermedad y tratamiento, insistiendo en importancia de adecuado cumplimiento para prevención de complicaciones. Evidenciado el origen multifactorial del mal control, se acuerda seguimiento estrecho.

Enfoque familiar y comunitario: no tiene apoyos familiares. Compañeros apoyan su decisión de autocuidado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: mal control de enfermedad diabética de origen multifactorial: barrera idiomática, falta de información y de motivación para autocuidado, precariedad sociolaboral, entre otras.

Tratamiento, planes de actuación: ajuste de insulino terapia. Seguimiento multidisciplinar con enfermería.

Evolución: un mes más tarde, verificamos que el paciente realiza correcta pauta de tratamiento, con adecuado control y registro de glucemias, refiriendo estar comprometido con su autocuidado.

Conclusiones

Los pacientes diabéticos inmigrantes presentan peores controles glucémicos que la población autóctona, en línea con otros indicadores de salud y accesibilidad al sistema sanitario. Los determinantes sociales de la salud tienen un papel fundamental en el desarrollo y control de la diabetes, y éstos pueden actuar como barreras para el abordaje y correcto acompañamiento sanitario. El abordaje multidisciplinar y la atención continuada de pacientes con diabetes resultan fundamentales, sugiriéndose especialmente necesario un seguimiento estrecho de personas con condicionantes sociales para peor control, como la población inmigrante.

Palabras Clave

Condicionantes Sociales, Adherencia Terapéutica, Diabetes, Inmigración.

ÁREA: ONCOLOGÍA

¡Atención al nódulo de la hermana María José!

Pérez García A¹, Jiménez Anguís I¹, López Muñoz A²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. (Jaén)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. (Jaén)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias consulta de Atención Primaria y otras especialidades.

Motivos de consulta

17/02: secreción blanquecina por el ombligo desde hace 2 semanas. 07/03: secreción hemática y molestias en hipogastrio. 11/03: evolución tórpida de onfalitis. 24/03: dolor costal izquierdo y en hipogastrio, disuria. 03/04: fatiga y decaimiento.

Historia clínica

Paciente de 41 años, fumadora de 20 paq/año. IMC sobrepeso. No AMC. AF y AP sin interés. AP obstétricos: g1A1. Legrado hace 7 años.

Enfoque individual: en las primeras visitas presentaba buen estado general, con exploración abdominal sin signos de abdomen agudo y ombligo levemente eritematoso con secreción inicialmente blanquecina y luego serohemática, sin palpase masas ni megalias subyacentes, por lo que en ausencia de otros síntomas asociados y en consenso con cirujanos se trató como una onfalitis.

Enfoque familiar y comunitario: casada sin hijos, convive con su marido en medio rural, ambos agricultores. Buen apoyo familiar y red social. Nivel socio-económico medio-bajo. Religión católica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: onfalitis vs Ganglio de la hermana María José (lesión metastásica cutánea umbilical).

Tratamiento, planes de actuación: inicialmente antibioterapia oral y tópica, curas...Luego estudio con analítica y ecografía (neoplasia de probable origen ovárico con metástasis hepáticas y derrame pleural). Laparoscopia (masas que parecen depender de ovarios). Body-TAC (gran masa pélvica, mtx óseas, nódulos pulmonares...), marcadores (CA 125 y 15.3 elevados), BAG hepática (adenocarcinoma moderadamente diferenciado más compatible con tumor digestivo). Por último, seguimiento del equipo de cuidados paliativos y atención primaria, gestionándose también ayuda a domicilio.

Evolución: la evolución tórpida y aparición de otros síntomas hizo replantear el diagnóstico, así el 24/03 se inició un estudio que pudiera aunar dolor hipogástrico y costal con el problema umbilical, además de una pérdida de peso de 7 kg que achacaba a la aceituna. Una anodina ecografía abdominal mostraría algo inesperado y se iniciaría un intenso estudio a pesar del frenético empeoramiento de la paciente, que falleció el 17/05 en su domicilio, acompañada de familiares y equipo médico.

Conclusiones

La insistencia de un paciente nos debe hacer replantear el diagnóstico inicial. Debido a la inusual presentación del nódulo de la hermana María José como manifestación clínica previa al diagnóstico de la neoplasia de origen, formarse en ecografía puede ayudarnos.

Palabras Clave

Onfalitis, Nódulo de la Hermana María José, Adenocarcinoma.

ÁREA: ORL

Quiste de conducto tirogloso en adulto

Villalba García A¹, Dantas Cayuela P¹, Vaquero Onrubia P²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Sur de Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arahal. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Odinofagia, macroglosia y fiebre.

Historia clínica

Alergia y/o intolerancia a indometacina, codeína, carbamazepina, pregabalina, tramadol, metamizol, dexametasona, AINEs. Hábitos tóxicos: fumadora de 10 cig/día. Niega otros hábitos tóxicos. HTA. DLP. Obesidad. Asma bronquial. Neumonías de repetición. ITU repetidas con algún episodio de pielonefritis aguda. Trastorno de personalidad de tipo límite. TPSV. Hipotiroidismo. Sit. basal: precisa de silla de ruedas para movilización, ayuda para vestirse. Controla esfínteres.

Enfoque individual: mujer de 47 años que refiere hinchazón en lengua y odinofagia desde esta mañana. Dificultad para la emisión del lenguaje por trismus y dolor. Se acompaña desde hace unas horas de fiebre de 38°C.

Exploración: eupneica en reposo saturando al 96%. TA: 135/86. Área ORL: discreta macroglosia, no visualizo edema de úvula. Dificultad para la apertura bucal. No se palpan adenopatías en región retroauricular ni submandibular. Tumorción dura y dolorosa en región glótica. No otros datos. AC: rítmica sin soplos ni extratonos. AP: BMV sin ruidos patológicos.

Pruebas complementarias: en analítica: 13.690 leucocitos y PCR 47. Rx tórax y cuello sin hallazgos significativos. TC cuello con contraste: pequeña colección infrahioidea sugestivo de

quiste de conducto tirogloso sobreinfectado. Engrosamiento irregular de las paredes anteriores de la hipofaringe, sin relación evidente con la colección descrita. Nódulo espiculado en vértice pulmonar derecho.

Enfoque familiar y comunitario: bajo nivel socio-económico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: quiste conducto tirogloso sobreinfectado. Amigdalitis aguda. Infección de vías aéreas superiores. Infección odontógena. Nódulo tiroideo. Carcinoma de quiste tirogloso. En lo problemas se podría mencionar bajo nivel socioeconómico y cultural. Posibilidad de malignidad.

Tratamiento, planes de actuación: se administra primera dosis de amoxicilina-clavulánico y paracetamol I.V. Valorada por ORL que describe hipertrofia de lengua y restos hemáticos sin origen.

Evolución: buena respuesta a tratamiento. Al alta amoxicilina clavulánico 1 gr cada 8 horas durante una semana con cita de control en consultas externas de ORL.

Conclusiones

Esta clínica puede confundir con otras patologías más frecuentes del área ORL en el ámbito de AP, por lo que es importante una buena exploración para realizar una derivación adecuada a centro hospitalario para pruebas complementarias.

Palabras Clave

Odinofagia, Tirogloso, Trismus.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS / PLURIPATOLÓGICOS

Ver entre el bosque en la consulta

Flores Soto M¹, Herrada Díaz E¹, Montoya Fernández M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Norte. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Motivos de consulta

Mujer de 49 años que acude por dolor articular agudo.

Historia clínica

Mujer de 49 años que acude en silla de ruedas acompañada de un amigo por cuadro de dolorimiento generalizado a nivel articular que se inicia hoy. Durante su trabajo presenta algias musculares y debilidad que la obliga a sentarse.

Enfoque individual: sin antecedentes personales de interés.

Exploración: no se observa inflamación articular ni derrame sinovial. Edema de pies y manos. No artritis. Exploración neurológica sin hallazgos patológicos. Rx tórax: aumento hiliar bilateral. Analítica: PCR: 8.54 md/dl, VSG: 50mm/h, FR: 8.7 UI/ml. Serología negativa para VHA, VHB, VHC, CMV, VEB, VIH, *Borrelia Burgdorferi*, *Brucella* y *Rickettsia Conorii*. LUES RPR: negativo; Treponema Pallidum, Ac: positivo; Índice *Treponema Pallidum* Ac (inmunocromatográfica): positivo. TAC TÓRAX: adenopatías mediastínicas. Biopsia de adenopatías sin evidencias células neoplásicas, se objetiva inflamación inespecífica.

Enfoque familiar y comunitario: paciente marroquí sin soporte sociofamiliar en España. Presencia de barrera idiomática por lo que tenemos que hablar mediante un amigo que hace de traductor. Trabajadora en la agricultura.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: paciente de 49 años con poliartritis periférica, ECA elevado y adenopatías torácicas por lo que se establece como diagnóstico sarcoidosis. Diagnóstico diferencial de adenopatías mediastínicas. Puede ser múltiple, pero la mayor parte de los casos son por procesos infecciosos, inflamatorios o neoplásicos.

Tratamiento, planes de actuación: ante el decaimiento de la paciente (que incluso le impide deambular) y carecer de soporte sociofamiliar se decide derivación al hospital para completar estudio y valorar ingreso. La paciente es ingresada en Medicina Interna. Tratamiento con prednisona 20 mg/día, AINES penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades.

Evolución: la paciente presenta mejoría clínica y analítica durante el ingreso con analgesia y corticoides hasta quedar asintomática.

Conclusiones

No resulta fácil en la práctica diaria diferenciar entre la banalidad patologías de mayor entidad. En zonas como Distrito Poniente de Almería donde el grueso de la patología es relación al trabajo en la agricultura que desempeña la mayoría de la población. Es importante ante signos como la presencia de adenopatías o debilidad neuromuscular plantearnos un diagnóstico diferencial en el que están incluidas un gran número de patologías, entre ellas sarcoidosis.

Palabras Clave

Sarcoidosis, Artralgias, Debilidad Neuro-muscular.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS / PLURIPATOLÓGICOS

Prevenir, detectar, tratar, cuidar, paliar, ¡ahora y siempre... y a pesar de la pandemia!

Silva Gil F¹, Navarrete Martínez E²

¹ Médico EBAP. Consultorio Pedro Abad. CS Montoro. Córdoba

² Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Domiciliaria.

Motivos de consulta

Seguimiento de paciente con pluripatología; astenia por anemia microcítica.

Historia clínica

Varón, 73 años, en seguimiento según “plan de acción personalizado”, presenta palidez y alteración analítica del eje hepatobiliar.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipemia, enfermedad arterial periférica, pólipo colónico. Cirrosis hepática sin seguimiento. IQ: by-pass Aorto-bifeMoral amputación de 4 dedos del pie. Tratamiento: metformina 850/12 h, simvastatina 20/24 h, espirolactona 25/24 h, cilostazol 50/12 h, pentoxifilina 600/12 h, indapamida 2,5/24 h, clopidogrel 75/24 h, AAS 100/24, omeprazol 20/24 h, sulfato ferroso/24 h.

Exploración física: palidez cutánea. Eupneico. Glasgow 15. Afebril. ACR normal. Abdomen doloroso, hepatomegalia de 3 traveses de dedo. EEII, sin hallazgos agudos Test Barthel 80. Pfeiffer 2. Escala de Yesavage 4. Índice Profund 3. EC: hemograma normal, bioquímica: glucosa 125, urea 21, Cr 0.59, BT 2.5 (BD 1.87), LDH 280, AST/ALT 246/354, GGT/FA 854/840, Na 133, K 2.9, amilasa 60. Coagulación: tP 87%, INR 1.07. Serología virus negativo. Test Ag COVID-19: negativo. Ca 19.9 9579. AFP 1.7. CEA 1.45. Ecografía abdominal: obstrucción biliar proximal. Metástasis hepáticas, amputación rama derecha portal. Barro biliar. TAC abdomen-pelvis: colangiocarcinoma intrahepático formador de masa. Nódulos pulmonares bilaterales.

Enfoque familiar y comunitario: familia extensa: casado, 3 hijos, nietos, hermanos,

cuñados y sobrinos. Apoyo familiar importante. AVE enfermedad de reciente comienzo de esposa. AVE pandemia.

Juicio clínico: colangiocarcinoma intrahepático metastásico.

Diagnóstico diferencial: de causas de astenia e ictericia.

Identificación de problemas: confinamiento por estado de alarma Miedo a infección por COVID en hospital Mal pronóstico a corto plazo.

Tratamiento, planes de actuación: medidas preventivas de infección por COVID. Información sobre enfermedad y pronóstico. Posibilidad de registrar voluntades vitales. De prescripción, y conciliación de medicación. Tratamiento sintomático paliativo. Prevención del duelo.

Evolución: el paciente y su familia informados del pronóstico sombrío deciden juntamente con nosotros y el equipo de cuidados paliativos tratamiento domiciliario, donde es visitado a diario, haciendo a la familia participe del control del tratamiento, consiguiendo así mejor adaptación a la evolución rápida. El paciente fallece sin sufrimiento, acompañado de su familia.

Conclusiones

La importancia del seguimiento según un “plan de acción personalizado” ha favorecido la continuidad de cuidados médicos-enfermeros; y esto ha sido posible a pesar del estado de alarma debido a la pandemia.

Palabras Clave

Neoplasms, Follow-Up Studies, Chronic Disease, Pandemics.

ÁREA: RESPIRATORIO

“DOCTORA, TAMPOCO ES PARA TANTO”

Hernández Vélez L¹, Torres Gómez A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada

² MIR 4º año de Medicina Interna. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

Ámbito del caso

Paciente atendido en urgencias de Atención Primaria, inicialmente la consulta era telefónica pero la clínica exigía valoración presencial.

Motivos de consulta

Talalgia.

Historia clínica

Paciente de 51 años sin FRCV, ex fumador desde hace más de diez años, acude a nuestra consulta por dolor inespecífico en planta de pie derecha y sensación de acorchamiento. Ingreso hace 2 semanas en Medicina Interna por neumonía COVID leve, dado de alta con heparina diaria (última dosis hace 3 días) siguiendo recomendaciones al alta. A la exploración se evidencia marcada asimetría índice tobillo-brazo, palidez mucho-cutánea y pie céreo. Pulso poplíteo y pedio derecho ausente, izquierdo presente, aunque débil. No doloroso a la palpación, aunque sí aumento de sensibilidad termoalgésica.

Enfoque individual: presenta un cuadro de extrema gravedad y potencialmente mortal que requiere una alta sospecha clínica para evitar futuras complicaciones.

Enfoque familiar y comunitario: debido a la situación de pandemia y que nuestro paciente permanecía aislado en el momento de presentar la clínica por recién diagnóstico de neumonía COVID, tuvimos que dialogar con el paciente la importancia de acudir al CS o ir a su domicilio para poder evaluar la situación.

Juicio clínico: isquemia arterial crítica.

Diagnóstico diferencial: aunque la clínica nos hacía sospechar una isquemia arterial, no se podía descartar una trombosis venosa profunda o una celulitis.

Identificación de problemas: nuestro principal problema fue que el paciente y la familia no querían ser valorados ya que no daban importancia al problema real y no entendían el riesgo.

Tratamiento, planes de actuación: se realizó Angio-TC con contraste IV de miembro inferior bilateral objetivando trombosis de arteria femoral profunda, poplíteo, tibial anterior y tronco tibioperoneo derechos. Se realizó endarterectomía arterial de miembro inferior derecho y fasciotomía.

Evolución: actualmente el paciente camina con normalidad, no claudicación de la pierna. Moderadas crisis de dolor mecánico en pie derecho que han precisado control por reumatología.

Conclusiones

La isquemia crítica de miembros es una patología emergente con muchas complicaciones que precisa una alta sospecha clínica e inmediata actuación. En los últimos años, nos hemos adaptado a una nueva medicina, pero no debemos olvidar el trato humano y debemos aprender a trabajar con el miedo y las dudas de nuestros pacientes.

Palabras Clave

Isquemia Arterial, COVID, Humanidad.

ÁREA: RESPIRATORIO

Mas allá de la PCR

Igea González F¹, Artacho Pino R¹, Dominguez Alonso B²

¹ Médico de Familia. CS El Limonar, Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalhorce, Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria, urgencias, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor torácico traumático de meses de evolución.

Historia clínica

Enfermedad actual. Acude por dolor torácico de un mes de evolución, aumenta con la inspiración, razón por la que se pide una RX tórax PA y lateral que se realizaría una semana después. Al día siguiente acude a Urgencias por mal estado general y cefalea. Tras la exploración y anamnesis, se refleja tos seca y artromialgias, se sospecha de infección por SARS-Cov2 y, sin realizarse una RX se da de alta de la urgencia con tratamiento sintomático y empírico con paracetamol 1 gr/8 h y azitromicina 250 mg/24 h 5 días. A los 15 días se realiza la RX, y se cita en MAP, para valoración.

En la RX se observa una masa hilar izquierda, que delimita cisura pulmón izquierdo desde el lóbulo superior, con múltiples imágenes nodulares en ambos hemitórax, que hacen sospechar de una neoplasia de pulmón por lo que se deriva a urgencias para valoración. En la urgencia se interconsulta con radiología que coincide con la sospecha diagnóstica y con neumología quienes se hacen cargo de un ingreso para estudio. En el estudio de extensión mediante eco y TAC y biopsia endoscópica se estadia: cT4 (pared torácica, bronquio LSI, atraviesa cisura mayor) cN2 (adenopatías múltiples tronco, retrocava subcarinales

hiliares) M1 (cerebrales, hepáticas, óseas). Biopsia EGFR+, necrosis intratumoral. Comienza tratamiento radioterápico y quimioterápico con Osimertinib.

Enfoque individual: mujer de 48 años sin antecedentes personales de interés, no hábitos tóxicos.

Enfoque familiar y comunitario: abuelo y tío paterno y tío materno fumadores, fallecidos por Cáncer de Pulmón. Abuela fallecida Cáncer de endometrio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: adenocarcinoma de pulmón estadio cT4 cN2 cM1.

Tratamiento, planes de actuación: ensayo clínico Osimertinib, codeína, paracetamol dexametasona. Seguimiento por oncología.

Evolución: hemorragia pulmonar, tratada en oncología radioterápica.

Conclusiones

A pesar de las circunstancias epidemiológicas y del estado de la paciente, hay que valorar los síntomas guía para desarrollar un buen diagnóstico diferencial. Dando visibilidad a la importancia del acceso a pruebas complementarias rápidas y seguras en Atención Primaria.

Palabras Clave

Lung Adenocarcinoma, SARS Coronavirus, Cough.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
ORALES:
CASOS CLÍNICOS
MÉDICO RESIDENTE**



ÁREA: APARATO LOCOMOTOR / REUMATOLOGÍA

Doctora, no puedo levantarme

Ávila Ossorio B¹, Vázquez Cros A², Junyent Gómez R¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica, Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor y debilidad de miembros superiores e inferiores.

Historia clínica

Varón de 70 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Realiza tratamiento domiciliario con ramipril y metformina.

Enfoque individual: acude a consulta por dolor y debilidad de las cinturas escapular y pelviana de dos meses de evolución, de características inflamatorias, inicio agudo y unilateral, aunque en poco tiempo se afecta el lado contralateral. Presenta rigidez matutina durante una hora. Tiene gran dificultad para elevar los brazos y precisa apoyo para levantarse de la silla. No asocia otra clínica.

A la exploración física presenta buen estado general, auscultación cardiopulmonar sin hallazgos, sin focalidad neurológica y exploración motora normal. Presenta afectación importante de la movilidad activa y pasiva de hombros, a destacar limitación a más de 90 grados de abducción.

En pruebas complementarias destaca elevación de parámetros inflamatorios (VSG 50, PCR 33) y estudio de autoinmunidad negativo. Se realizan radiografías donde presenta signos degenerativos en columna lumbar y caderas.

Enfoque familiar y comunitario: casado, vive con su mujer. Tiene dos hijos independizados. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: polimialgia reumática.

Diagnóstico diferencial: enfermedades inflamatorias (artritis reumatoide de inicio en el anciano, espondiloartropatías de inicio tardío, síndrome RS3PE, vasculitis...), enfermedades no inflamatorias (hipotiroidismo, enfermedad de Parkinson, artrosis...) y síndromes paraneoplásicos (linfoma, leucemia...).

Tratamiento, planes de actuación: se inicia tratamiento con prednisona 25 mg al día y profilaxis primaria de osteoporosis con suplementación de calcio y vitamina D. Se realiza control clínico 72 horas después, objetivando una notable mejoría sintomática, con lo que se mantiene el tratamiento durante varias semanas.

Evolución: se inicia reducción progresiva del tratamiento, pero el paciente presenta varias recaídas con empeoramiento sintomático y analítico, por lo que se decide añadir metotrexate 10 mg como ahorrador de corticoide. Actualmente, presenta buen control clínico, sin limitación funcional ni dolor, aún en proceso de desescalada.

Conclusiones

Dado el inicio agudo y la gran limitación que produce, debemos reconocer y tratar precozmente la polimialgia reumática. Hay que destacar el amplio diagnóstico diferencial y su asociación con vasculitis que no debemos pasar por alto a lo largo de la enfermedad.

Palabras Clave

Polimialgia Reumática, Debilidad Muscular, Limitación de la Movilidad.

ÁREA: ADOLESCENTE

Un diagnóstico poco probable

Cejudo Casas M¹, Rodríguez Jiménez B²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería

² Médico de Familia. CS Berja. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Odinofagia.

Historia clínica

Antecedentes personales: no posee antecedentes personales destacables. No alergias medicamentosas conocidas. Fumador 4 cigarrillos/día. ¶ Anamnesis, Paciente varón de 17 años que acude a consulta por odinofagia, febrícula de 37,5°C, tos y mucosidad blanquecina, de una semana de evolución. No otra sintomatología.

Enfoque individual: buen estado general, consciente y orientado. Orofaringe: faringe levemente hiperémica, amígdalas eritematosas sin apreciarse exudado pultáceo. Cervical no se palpan adenopatías. ACR: MVC, no ruidos patológicos, Eupneico. Rítmico a 73 lpm sin soplos.

Juicio clínico: faringitis aguda.

Diagnóstico diferencial: amigdalitis bacteriana vs vírica vs fúngica, mononucleosis infecciosa.

Tratamiento: ibuprofeno 400 mg 1/8 horas

Plan de actuación: se aconseja abandonar el hábito tabáquico, evitar la ingesta de bebida frías.

Evolución: el paciente reconsulta al mes siguiente por misma clínica y exploración. Refiere que con los AINEs mejoró resolviéndose el cuadro. Se pauta mismo tratamiento. Al 2º

mes vuelve a consultar por misma clínica, pero en esta ocasión se aprecia flemón amigdalino izquierdo. Con ligera desviación de la úvula contralateral. En este caso se pautó Prednisona 30 mg 1/24 horas 5 días, amoxicilina 875/Clavulánico 175 mg 1/8 horas durante 7 días, Paracetamol 650 mg 1/8 horas. Al 3^{er} mes, el paciente acude a S. Urgencias Hospitalarios por aparición de una excavación en amígdala izquierda y extensión a paladar superior homolateral y desplazamiento de la úvula. Se interconsulta con ORL que indica TC cervical y cultivo amigdalario.

Finalmente se diagnosticó de infección por *Cándida Albicans* que se trató con Fluconazol 200 mg 1/12h durante 15 días y nuevo cultivo. Tras tres semanas con tratamiento antifúngico, la lesión amigdalario no remitía por lo que se decide realizar biopsia y TC Cavum. La biopsia finalmente diagnóstica de Linfoma No Hodgkin de células B (Linfoma de Burkitt).

Conclusiones

El linfoma de Burkitt es una neoplasia maligna con rápida capacidad de replicación. Afecta principalmente a niños y adolescentes. Una buena historia clínica, exploración completa y pruebas complementarias pertinentes permite un diagnóstico en estadios tempranos de la enfermedad que puede tener alto grado de remisión al iniciar tratamientos de manera rápida y oportuna.

Palabras Clave

Amigdalitis, Faringitis Aguda, Linfoma de Burkitt, Linfoma no Hodgkin

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Mi abuela no es la misma

Aguayo Sánchez C¹, Ruiz Molina I², Vaquero Onrubia P³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra S^a de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

³ MIR 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arahal. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Solicitan desde residencia de mayores valoraciones de mujer de 88 años por deterioro del estado general. La nieta refiere que también se quejaba de dolor en el pie izquierdo de hacía quince días. No traumatismo previo ni otros datos de alarma registrados por cuidadores.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial, demencia avanzada, polimialgia reumática, osteoporosis e incontinencia urinaria. Institucionalizada en residencia. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel:5). En tratamiento con enalapril, esomeprazol, calcio/colecalcifediol, ácido acetilsalicílico y prednisona oral.

Enfoque individual: a nuestra llegada, la paciente presentaba regular estado general, poco reactiva y colaboradora con valores de tensión arterial: 108/80 mmHg y frecuencia cardiaca: 130 lpm. Afebril, eupneica. Auscultación cardiorrespiratoria anodina. Miembro inferior izquierdo vendado. Lo descubrimos, observando importante edema, rubefacción y flictenas en tercio distal del mismo, que era muy doloroso a la manipulación. Deformidad evidente del tobillo. El resto de exploración por aparatos fue normal. Se derivó a hospital de referencia para completar estudio. Como resumen de pruebas urgentes, en el hemograma se obtuvieron valores de leucocitos: $18930 \times 10^9/l$ [4.00 - 10.00] y neutrófilos: $14790 \times 10^9/l$ [2.00 - 7.00]. En la bioquímica:

proteína C reactiva: 12.6 mg/l [0.0 - 5.0]. La radiografía de tórax fue normal y la de la pierna izquierda mostraba fractura del tercio distal de tibia y peroné.

Enfoque familiar y comunitario: destaca la importancia de la familiar que informa sobre los signos de alarma.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fractura de tobillo. Infección de partes blandas. Maltrato al anciano.

Tratamiento, planes de actuación: se comentó el caso con traumatología que indicó inmovilización y reposo con revisión posterior. Se pautó antibioterapia, analgesia, anticoagulación y reposo dando de alta.

Evolución: ante la sospecha clínica de maltrato, visitamos de nuevo a la paciente y conciliamos medicación con familiares. Registramos en la historia los datos que indicaban omisión de cuidados, cumplimentando el parte de lesiones requerido y declarando el caso como sospechoso.

Conclusiones

La figura del Médico de Familia es primordial en la prevención del maltrato. Detectar signos de alarma en la población diana y contar con un protocolo consensuado que permita la actuación integral y coordinada de profesionales es fundamental para el abordaje de esta entidad.

Palabras Clave

Aged Abuse, Elder Maltreatment, Elder Neglect.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Degeneración combinada subaguda medular por déficit de vitamina B12

Chávez Navarro M¹, Gallegos Gutiérrez C², Oviedo López L³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldan. San Fernando (Cádiz)

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude a nuestra consulta varón de 79 años por parestesias y pérdida de fuerza en miembros inferiores que se han ido incrementando progresivamente desde hace 6 meses.

Historia clínica

Ha consultado hasta en 2 ocasiones en Urgencias Hospitalarias con exploración y pruebas complementarias anodinas (analíticas de sangre y orina, radiografía tórax, TC cráneo), hallándose únicamente una discreta anemia (Hb 12.3g/dl y VCM en el límite superior, 98 fl). Desde urgencias recomiendan derivación a traumatología a través de su MAP para descartar hernia discal lumbar.

Enfoque individual: a nuestra exploración pérdida de fuerza 4/5 en miembro inferior izquierdo y 3/5 en derecho y déficit de sensibilidad vibratoria y de posición en ambos pies. Hiporreflexia en MMII. Resto de exploración neurológica normal. Se le solicita una analítica más completa en la que destaca niveles de vitamina B12 de 63 (200-900 pg/ml) con ácido fólico normal.

Enfoque familiar y comunitario: no acude a las consultas médicas programadas desde hace más de 2 años. En la entrevista clínica advertimos un trastorno depresivo desde el fallecimiento de su esposa hace 5 años. Vive solo, no tiene hijos. Inadecuada alimentación, autocuidados y su medicación antihipertensiva y antiasmática.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: degeneración combinada subaguda medular por déficit de vitamina B12.

Tratamiento, planes de actuación: se instaura sin demora pauta de cianocobalamina intramuscular (1000µg): una inyección diaria durante una semana, una semanal durante cuatro semanas y mensual de por vida.

Evolución: remisión completa de la clínica en pocos meses.

Conclusiones

La degeneración combinada subaguda medular es una complicación poco frecuente del déficit de vitamina B12. En ancianos, la carencia de esta vitamina puede ser debida a una suma de factores: menos aporte de proteínas animales en la dieta, mayor o menor grado de gastritis atrófica, cierto grado de malabsorción por baja acidez gástrica o la toma de fármacos como omeprazol o metformina. Es muy importante sospechar este déficit para instaurar el tratamiento lo antes posible y evitar secuelas neurológicas. Hay estudios que demuestran que la vitamina B12 oral es igual de efectiva que la intramuscular, pero en este caso preferimos administración intramuscular para verificar el cumplimiento del tratamiento y poder retomar la relación médico-paciente.

Palabras Clave

Neuropatía, Déficit Vitamina B12, Anciano.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

La caída de mi independencia

Berbel Díaz L¹, García Gómez M², Rodríguez Rodríguez M³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Retamar. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Paciente anciano de 88 años, poco frecuentador de la consulta, independiente. Tras caída casual en domicilio, sufre hemorragia subaracnoidea con deterioro cognitivo grave y situación de dependencia que precisa cuidado multidisciplinar en domicilio por parte del equipo de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mareo con pérdida de inestabilidad y caída. Traumatismo craneoencefálico sin pérdida de consciencia.

Historia clínica

Varón de 88 años, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica. Con situación basal previa independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Continente. Caminaba sin ayuda. Sin deterioro cognitivo. Situación social: convive con su mujer en domicilio. Presenta en su domicilio, sensación de mareo con inestabilidad, de unos segundos de duración con caída sobre su propia altura y traumatismo craneoencefálico sin pérdida de consciencia. La familia llama al CS y acudimos al domicilio. Encontramos al paciente con agitación psicomotriz, desorientación y herida inciso-contusa en frente. Presenta amnesia de lo ocurrido. Movilidad espontánea de las 4 extremidades con pérdida de fuerza en ambas manos. Se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Enfoque individual: atención al paciente dependiente en domicilio con visitas programadas y consultas telefónicas con la familia.

Enfoque familiar y comunitario: se informa a enfermería gestora de casos de la situación actual del paciente y sus necesidades. Así como, trabajador social para la gestión oportuna de material protésico necesario (silla de ruedas, cama articulada, colchón antiescaras, etc.) y gestión de la ley de dependencia. ¶Se acuerda con enfermería visitas conjuntas programadas en domicilio para seguimiento y evolución de su situación clínica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hemorragia subaracnoidea con focos hemorrágicos parasagitales derechos y foco contusivo hemorrágico parietal derecho. Fractura transversal de L1.

Tratamiento, planes de actuación: cura semanal de úlcera por presión sacra y sondaje vesical. Medidas de confort y tratamiento antipsicótico. Dieta triturada y espesante para líquidos.

Evolución: desconexión con el medio con incapacidad para comunicarse. Vida cama-sillón. Dependiente para todas las actividades. Portador de sonda vesical permanente y pañal.

Conclusiones

Es preciso un enfoque biopsicosocial y multidisciplinar del equipo de Atención Primaria para el manejo de pacientes dependientes y el trabajo conjunto y coordinado entre médicos y enfermeros para poder cubrir las necesidades de cuidados de estos pacientes en su domicilio.

Palabras Clave

Mobility Limitation, Pressure Ulcer, Cognitive Dysfunction.

ÁREA: CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Lo que esconde un mareo

Escudero Sánchez C¹, Crespo Jiménez C², Navarro Valero M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio Monachil. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio Monachil. Granada

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Zubia. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria Servicio de Urgencias.

torácico. Posibles apneas del sueño. No refiere sintomatología respiratoria.

Motivos de consulta

Mareo, debilidad en MSI.

Enfoque familiar y comunitario: casado, con una hija. La esposa es la cuidadora principal.

Historia clínica

Paciente que durante su actividad laboral y de forma súbita presenta mareo que lo describe como distorsión visual y debilidad del MSI. Al caminar aprecia también debilidad en MII. Presentaba además alteración del habla (dificultad para la pronunciación). No otra focalidad neurológica a la anamnesis dirigida. Ante la sospecha de ictus se derivó a SUE y tras demora en resultados se marchó de forma voluntaria del mismo. Tras persistir al día siguiente los síntomas, acudió de nuevo a Urgencias siendo valorado por neurología de guardia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neo de pulmón, Síndrome sensitivo motor izquierdo. Como diagnóstico diferencial con todas aquellas enfermedades cardiovasculares, enfermedades psiquiátricas, fármacos y enfermedad vestibular que puedan dar síntoma de mareo. El síndrome sensitivo motor habría que tener en cuenta cualquier tipo de neuropatía sea adquirida o hereditaria.

Exploración: alerta, funciones superiores conservadas, pares craneales normales. Hipoestesia MSI. Analítica dentro de la normalidad.

Tratamiento, planes de actuación: tras exponer el caso en comisión de tumores se desistió de realizar intervención terapéutica, dándose de alta y procurándole las medidas de confort.

Pruebas complementarias: TAC craneal: no lesiones isquemia aguda; RNM cerebral: múltiples hiperintensidades que sugieren infartos isquémicos de aspecto evolucionado y probable etiología embólica; ecocardiograma: tumoración endocavitaria auricular (sugere de mixoma); TC torácico: tumoración hilar izquierda sugestiva de ca pulmón con extensa infiltración mediastínica, adenopatías mediastínicas ipsilaterales y múltiples nódulos ipsi y contralaterales.

Evolución: muy tórpida con empeoramiento tanto del problema motor como en la esfera cognitiva. En el momento actual se encuentra en cuidados paliativos.

Conclusiones

Este caso aporta la complejidad de nuestro trabajo como Médicos de Familia. Un síntoma que puede parecerse banal, puede llevar en su trasfondo un diagnóstico no esperado. No debemos relajarnos ante cualquier consulta que nos parezca trivial y tan inespecífica a veces, como es un mareo. Hacer buen diagnóstico diferencial es fundamental.

Enfoque individual: varón de 52 años fumador de medio paquete día. No diabético ni hipertenso. No historia de cefaleas ni dolor

Palabras Clave

Ictus Isquémico, Mixoma, Cáncer.

ÁREA: CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Cuidados paliativos y acompañamiento en paciente con diagnóstico de carcinoma microcítico pulmonar en estadio avanzado

Barquero Padilla R, Darwish Mateos S, Sillero Ureña M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle-Julián Cabrera. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria junto a oncología médica y cuidados paliativos.

Motivos de consulta

Paciente de 64 años que en los dos últimos meses ha perdido 7-8 kg y ha acudido hasta en 6 ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias por cuadros de tos seca persistente sin hemoptisis asociados a disfonía, odinofagia a sólidos y cuadros de desorientación y mareo. En última visita, es derivado por equipo DCCU por nuevo cuadro sincopal y disnea y se decide ingreso hospitalario en Medicina Interna para estudio y tratamiento.

Historia clínica

Paciente varón de 64 años, con buena calidad de vida previa, no habitual de la consulta. Dislipémico e hipertenso. Fumador de 40 paquetes/año y consumidor ocasional de alcohol (fines de semana). En tratamiento con olmesartán 20 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg, fenofibrato, omeprazol 20 mg y brimica inhalador, con alergia a pirazonas. Vacunado para el *Pneumococo* y primera dosis de vacuna COVID AstraZeneca.

Enfoque individual: el paciente presenta buen apoyo familiar y programamos sucesivas visitas en consulta y domicilio (conjuntas con enfermero de familia) para acompañamiento de enfermedad, tanto a paciente como familia, en las cuales abordamos demandas clínicas, espirituales y emocionales.

Enfoque familiar y comunitario: familia en estadio III del ciclo familiar (final de expansión,

parientes próximos). Buena comunicación bidireccional entre médicos y familia, cercanía que ayuda a lidiar con el proceso. Desde diagnóstico, se realiza seguimiento conjunto unidad cuidados paliativos, oncología y atención primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: carcinoma microcítico de pulmón estadio cT4N3Mx asociado a Síndrome de vena cava superior (SVCS).

Tratamiento, planes de actuación: durante ingreso hospitalario recibe RT para tratamiento de SVCS y primer ciclo de QT paliativa (esquema Carboplatino + Etopósido) con buena tolerancia. Al alta, se programan sucesivas consultas con Oncología médica y se cita en unidad de cuidados paliativos para seguimiento conjunto.

Evolución: durante seguimiento ambulatorio recibe hasta 4 ciclos de QT paliativa y acude en dos ocasiones más a urgencias hospitalarias por cuadro de disnea y fiebre, respectivamente, con alta a domicilio y reajuste tratamiento ambulatorio. Finalmente fallece por complicaciones asociadas.

Conclusiones

Una buena comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria han ayudado a un correcto acompañamiento de paciente y familia durante todo su proceso de enfermedad.

Palabras Clave

Palliative Care, Small Cell Lung, Carcinoma, Superior Vena Cava Syndrome.

ÁREA: CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Sí a todo y hasta el final

Márquez Sánchez I¹, Ruiz Giménez A², Victoria Pintos A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Retamar. Almería

² FEA de Urgencias Extrahospitalarias. Almería

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias, Atención Domiciliaria.

Motivos de consulta

Debilidad.

Historia clínica

Varón de 57 años, en seguimiento por hematología por síndrome mielodisplásico tratado con soporte transfusional de hematíes y plaquetas cada 1-2 semanas. Aviso a domicilio por debilidad severa. A nuestra llegada: palidez muco-cutánea, postrado, hipotenso, ligeramente taquipneico y taquicárdico. Acompañado por su hermana. Intentamos explorar deseo de estudio hospitalario del paciente y familiar vs. actitud más conservadora (por la frecuencia de transfusiones, que en los últimos meses han ido en aumento). Desean traslado al hospital.

Enfoque individual: vive solo. Independiente para las ABVD. En los últimos meses no sale a la calle por debilidad.

Enfoque familiar y comunitario: una hermana de 59 años, sana, que vive cerca y le realiza las compras y la comida.

Juicio clínico: anemia en rango transfusional. Progresión de enfermedad hematológica.

Diagnóstico diferencial: ¿terminalidad? No cumple criterios de Menten.

Problemas: acabamos de empezar a ser sus médicos de cupo.

Tratamiento, planes de actuación: en Urgencias la analítica mostró pancitopenia severa: Hb 3.6, leucocitos 2040, plaquetas 2300. Ingresó a cargo de hematología ante sospecha de leucemia aguda. El estudio de médula ósea confirmó leucemia mieloblástica aguda secundaria a síndrome mielodisplásico. Al alta, paciente informado de situación paliativa e irreversible, se pactan transfusiones cada 48 h y se acuerda que de precisar ingreso lo hará en la unidad de cuidados paliativos.

Evolución: en domicilio post-alta: explicamos posibilidades de tratamiento sintomático y ofrecemos soporte emocional. Durante el fin de semana: aparición de dolor no controlado, por lo que consulta nuevamente en Urgencias y es ingresado en Cuidados Paliativos, donde fallece al día siguiente.

Conclusiones

La bibliografía sobre la conveniencia de las transfusiones sanguíneas en estadios paliativos de enfermedad es escasa y controvertida. En casos concretos puede hacerse una consulta al comité de bioética, pero lo fundamental es trabajar con el paciente y la familia la toma anticipada de decisiones, la adecuación del esfuerzo terapéutico, y tranquilizar respecto al control de síntomas esperables en el curso de la enfermedad. Para ello se requiere una acción coordinada entre cuidados paliativos domiciliarios y atención primaria, y estabilidad temporal de los médicos de atención primaria.

Palabras Clave

Blood Transfusion, Palliative Care, Adequacy of Therapeutic Effort.

ÁREA: COMUNICACIÓN / TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Entrevista clínica con paciente difícil

Ruiz Pereira C, Ramírez Álvarez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla

Ámbito del caso

Abordaje de ira en consulta y comunicación con paciente difícil.

Motivos de consulta

Desea receta de doce fármacos de consulta privada, sin informe.

Historia clínica

Antecedentes personales sin relevancia en nuestro caso. ¶Anamnesis: “Doctora necesito que me recete todos estos medicamentos que me han mandado en la privada. Me ha visto el neurólogo, la neumóloga, el cardiólogo y la psiquiatra y me han dicho que necesito todo esto”. “Menos mal que existe la privada, porque si fuese por la Seguridad Social, yo ya estaría muerto”.

Exploración, únicamente basada en inspección, prestando atención a la comunicación no verbal. Paciente nervioso, ansioso, al borde de silla, frote de manos, tono voz elevado, agresivo...

Enfoque individual: paciente en estado ansioso que acude por urgencias para prescripciones médicas no permitidas.

Enfoque familiar y comunitario: el abordaje de la ira en la consulta es un reto que supone una oportunidad de aprendizaje y crecimiento profesional y personal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: paciente difícil que plantea necesidad formativa en comunicación para profesional.

Tratamiento, planes de actuación: actitud evaluativa no permitir que la emoción que nos transmite el paciente incida en nuestra decisión diagnóstica y terapéutica, prevenir la ansiedad, luego afrontarla. Atender comunicación no verbal. Reconocer error. Clima adecuado de trabajo-atención. Estrategias comunicación. Autoconocimiento. Escucha activa. Silencio productivo. Delimitar objetivo. No temer a reclamación.

Evolución: desfavorable, paciente escribe hoja de reclamaciones.

Conclusiones

Errores comunes a evitar: defenderse y acobardarse ante las recriminaciones de un paciente. Ponerse a la altura del paciente, por ejemplo: levantarse de nuestra silla y señalar al paciente con el dedo o elevar el tono de voz. “Contagiarse” y sintonizar con las emociones del paciente, haciendo que nosotros sintamos lo mismo. Excusarse, dar justificaciones. Apaciguar inapropiadamente. No dar importancia a lo que le paciente desea. Opinar sobre si la agresividad está justificada. Decidir quién tiene la culpa, derivar la queja hacia otro. Interrumpir al paciente de manera reiterada. Ofrecer respuestas fáciles, sin conocer realmente el problema.

Palabras Clave

Entrevista Clínica, Paciente Dificil, Comunicación, Actitud.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Fiebre en época de pandemia

Cubillas Quero A¹, Eliche Mozas M², Cruz Romero L²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

² Médico Interno Residente. CS Virgen de la Cabeza. Andújar. (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Fiebre de origen desconocido de larga evolución.

Historia clínica

Hombre de 90 años que consulta en diferentes ocasiones durante 4 meses por fiebre de origen desconocido.

Enfoque individual:

En un primer momento, el paciente acudió a nuestra consulta por fiebre y cefalea frontal, sin foco infeccioso aparente.

A la exploración, se encontraba sudoroso, taquipneico y levemente taquicárdico, con soplo conocido en foco mitral a la auscultación. En dicho momento, se realizaron tales pruebas complementarias (PCR Sars-CoV2, urocultivo, radiografía de tórax y analítica), sin hallazgos relevantes. Se decidió tratamiento antibiótico domiciliario. ¶Pasada una semana y ante la persistencia de síntomas, se derivó al hospital para descartar meningitis/encefalitis. La exploración neurológica y TC de cráneo fueron normales. Se le planteó realizar punción lumbar pero el paciente se negó. Por lo tanto, se modificó tratamiento antibiótico domiciliario. Al no conseguir remisión de la fiebre, se solicitó desde Atención Primaria ecografía abdominal, radiografía de tórax, urocultivo, serologías víricas y bacterianas, y Mantoux, con resultado negativo. Debido al contexto epidemiológico en el que nos encontramos, se realizó test de antígenos para Sars-CoV2 y en una de las ocasiones resultó positivo. A los 6 días del fin del

aislamiento y sin tratamiento antibiótico en ese momento, acudió a urgencias por nuevo pico febril, donde se extrajeron hemocultivos con resultado positivo para *Streptococcus anginosus*, realizando ecografía cardiaca y visualizándose imagen sugerente de verruga endocárdica, por lo que se decidió ingreso hospitalario ante tal diagnóstico.

Enfoque familiar y comunitario: viudo, independiente para las ABVD, vivía con su hija la cual era su cuidadora principal. Adecuada red sociocomunitaria.

Diagnóstico: endocarditis por *Streptococcus anginosus*. *Diagnóstico diferencial:* fiebre de origen tumoral farmacológico, o infeccioso.

Tratamiento, planes de actuación: se ingresó para tratamiento antibiótico intravenoso. Tras completar pauta, persistía asintomático, por lo que se decidió alta y seguimiento por su médico de familia y en consultas externas de medicina interna.

Evolución: desgraciadamente falleció por una de las posibles complicaciones asociadas a la endocarditis: SCACEST con parada cardíaca.

Conclusiones

Es importante tener presente la interconurrencia de enfermedades, sin perder el contexto epidemiológico en el que nos encontramos.

Palabras Clave

Fever of Unknown Origin (FUO), Infective Endocarditis, Coronavirus Infections.

ÁREA: DERMATOLOGÍA / DERMATOSCOPIA

Patología oncológica infrecuente

Martínez del Río M¹, Pérez Pérez A², Gómez Nieves O³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Nuevo Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz

² Médico de Familia. CS San Roque. Cádiz

³ Médico de Familia. Urgencias Hospital de La Línea de la Concepción. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria. Enfoque multidisciplinar.

Motivos de consulta

Dolor intenso, tumefacción y edema de miembro inferior derecho.

Historia clínica

Mujer de 65 años que acude a la consulta de su Médico de Familia por dolor intenso, tumefacción y edema de miembro inferior derecho de tres semanas de evolución.

Enfoque individual:

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Exéresis de tumor cutáneo hacía dos años sin realizar seguimiento del mismo.

Exploración: linfedema con fovea hasta la raíz de miembro inferior derecho, asimétrico respecto al contralateral y sin impotencia funcional.

Pruebas complementarias: ecografía Doppler: adenopatías en región inguinal derecha con datos de trombosis venosa hasta vena femoral común derecha. Diagnóstico: trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho. PET-TAC: masa retroperitoneal mamelonada que englobaba vasos ilíacos derechos y se extiende caudalmente hacia orificio crural derecho, realizándose posteriormente punción-aspiración con aguja fina de adenopatía inguinal. Estudio anatómico-patológico: metástasis de carcinoma de células de Merkel.

Enfoque familiar y comunitario: casada con poco apoyo familiar. Nivel socio-cultural bajo.

Juicio clínico: carcinoma de células de Merkel.

Diagnóstico diferencial: quiste epidérmico, dermatofibroma, carcinoma espinocelular, melanoma amelanótico.

Tratamiento, planes de actuación: se inició tratamiento con enoxaparina a dosis terapéutica y se derivó a la paciente para revisión en consultas externas de Medicina Interna donde solicitaron PET-TAC.

Evolución: tras realización el diagnóstico de carcinoma de células de Merkel se realizó interconsulta con cirugía y la paciente fue sometida a intervención quirúrgica con extirpación de la masa, cuyo resultado anatómico-patológico confirmaba: carcinoma neuroendocrino de células de Merkel.

Conclusiones

La etiología del carcinoma de células de Merkel actualmente sigue sin estar bien determinada, por lo que es de vital importancia tenerlo en cuenta en el ámbito de Atención Primaria. Factores de riesgo: exposición excesiva a la luz solar, inmunodeficiencias, antecedentes de otros tipos de cáncer de piel, edad avanzada y color de piel claro. A pesar de tratamiento, suele propagarse a ganglios linfáticos cercanos, y puede diseminarse a cerebro, huesos, hígado o pulmones.

Palabras Clave

Carcinoma, Células de Merkel.

ÁREA: DERMATOLOGÍA / DERMATOSCOPIA

"Doctor, me ha salido un lunar más raro..."

Mengual Garcerán Y¹, Pérez Gamero M², Pallarés Padrón .¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Consulta telefónica. Lunares que han cambiado de tamaño. Se cita presencialmente.

Historia clínica

Cita presencial. Lesión de aspecto perlado y con telangiectasias en tercio medio de antebrazo derecho, autodescubierta en el último mes, con aumento de tamaño desde entonces.

Enfoque individual: NRAMC. Ex-fumador desde 2019. DLP. Distrombopoyesis con trombocitosis y leucocitosis. Tumor miofibroblástico inflamatorio en seguimiento desde 2019. Criptorquidia bilateral en la infancia. IQ: hernia umbilical. Tratamiento: atorvastatina 40 mg; Ezetimiba 10 mg, AAS 100 mg.

Enfoque familiar y comunitario: pareja estable 27 años. Trabaja como comercial. No mascotas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: carcinoma basocelular. Picadura insecto sobreinfectada. Dermatofibroma.

Tratamiento, planes de actuación: se procede a toma de fotografías con dermatoscopio y envío a teledermatología.

Evolución: tras exéresis en quirófano, anatomía patológica compatible con Leishmaniasis cutánea. Se contacta con enfermedades infecciosas, que tras valorar al paciente realiza serología de Leishmania, resultando positivo.

Conclusiones

A pesar de las limitaciones técnicas y temporales de la Atención Primaria, nuestra labor es esencial para la detección y adecuado abordaje de patologías potencialmente peligrosas para nuestros pacientes. La labor del Médico de Familia como pilar de la Atención Primaria es fundamental para nosotros y los pacientes, a pesar de las dificultades que diariamente encontramos en nuestro camino.

Palabras Clave

Consulta Remota, Teledermatología, Leishmaniasis Cutánea.

ÁREA: DERMATOLOGÍA / DERMATOSCOPIA

¡Ya era hora de diagnosticarlo!

García Santos G¹, Abad Naranjo A², Castro Vargas J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque Sur. San Roque (Cádiz)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda-Norte. Ronda (Málaga)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Aparición de ampollas aisladas tensas en lesiones descamativas de predominio en extremidades inferiores.

Historia clínica

Antecedentes personales: alérgica a penicilina. Migraña, asma.

Anamnesis: mujer de 26 años que acude a su médico de familia por presencia de lesiones descamativas pruriginosas de predominio en extremidades inferiores desde el año de vida que presentan la aparición de ampollas tensas. No otra sintomatología acompañante. Se decide derivación a dermatología para diagnóstico del cuadro.

Enfoque individual. Exploración: xerosis acentuada, liquenificación e hiperpigmentación en zonas de extensión y flexión junto con presencia de ampollas tensas. No afectación palmar ni mucosas. No afectación ocular ni sordera. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: analítica: glucosa 83 mg/dl, creatinina 0,69 mg/dl, bilirrubina total 0,6 mg/dl, GOT 19 IU/L, GPT 16 IU/L, fosfatasa alcalina 58 IU/L, inmunoglobulina E: 31,2 UI/ml, ANA negativo. Biopsia: hiperqueratosis ortoqueratósica, acantosis regular y ampolla subcorneal con queratinocitos acantolíticos y disqueratosis en capa granulosa, neutrófilos y escasos eosinófilos. Inmunofluorescencia directa: no se identifican depósitos de inmunoglobulina ni de complemento.

Enfoque familiar y comunitario: madre, hermano, abuela materna, bisabuelo materno y sobrino con presencia de misma sintomatología con sospecha de ictiosis sin diagnosticar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ictiosis epidermolítica superficial. Ictiosis epidermolítica, necrólisis epidérmica tóxica, pénfigo foliáceo, incontinencia pigmenti.

Tratamiento, planes de actuación: - N-Acetilcisteína tópica en fórmula magistral al 10% junto con urea al 5% espuma de betametasona dipropionato y calcipotriol monohidrato por la noche en las lesiones. Ebastina si presenta prurito. Continuar con el tratamiento indicado mientras no aparezca nueva sintomatología. Pendiente de estudio genético.

Evolución: la paciente presenta épocas en la que tiene un empeoramiento de la sintomatología, sobre todo con la menstruación, pero refiere estar mejor tras esta última modificación del tratamiento.

Conclusiones

Es una enfermedad hereditaria rara de la piel, que se caracteriza al nacer por enrojecimiento y descamación casi generalizados, debido a la eliminación parcial de las capas más superficiales epidérmicas durante el parto. Al desprenderse las escamas quedan zonas erosivas por ruptura de las ampollas flácidas que se forman en la mayoría de la superficie del cuerpo, pero sobre todo en zonas de roce y grandes pliegues, donde más tarde pueden formarse verrugas o vegetaciones.

Palabras Clave

Ictiosis, Hiperpigmentación, Biopsia.

ÁREA: DIGESTIVO

"Doctora, no sé qué me pasa, pero necesito azúcar"

Vázquez Cros A¹, Ávila Ossorio B², Granada Ortiz I²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Sudoración, mareo, temblor, necesidad de azúcar.

Historia clínica

Paciente de 50 años con antecedentes personales de funduplicatura de Nissen vía laparoscópica hace 6 meses por enfermedad por reflujo gastroesofágico refractaria a tratamiento médico. Consulta porque desde hace 3 meses, presenta a las 2-3 horas tras la ingesta, episodios de sudoración fría, mareo, temblor y sensación de necesidad de azúcar. Niega síntomas gastrointestinales asociados o reflujo.

A la exploración, buen estado general, bien hidratado y perfundido. TA: 120/75 mmHg, glucemia capilar 90 mg/dl. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. Abdomen anodino, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias.

Enfoque individual: se solicita electrocardiograma y analítica (hemograma, bioquímica, HbA1c y perfil tiroideo) siendo ambas pruebas rigurosamente normales. Se realiza ecografía abdominal en consulta y TAC abdominal reglado, que no evidenciaron lesiones pancreáticas.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de Diabetes.

Juicio clínico: sospecha de Síndrome de Dumping tras funduplicatura de Nissen.

Diagnóstico diferencial: presíncope, insuficiencia pancreática, administración de insulina exógena, insulinoma, síndrome de hipoglucemia pancreatogénica no insulinoma (NIPHS), hipoglucemia por baja ingesta.

Tratamiento, planes de actuación: se entrega glucómetro y se instruye en toma correcta de glucemia capilar por parte del personal de enfermería. Damos recomendaciones dietéticas (dieta sin azúcares de absorción rápida, en tomas fraccionadas de escasa cuantía).

Evolución: se cita cada 2 semanas para vigilar evolución. Inicialmente, volvió a presentar un par de episodios más, en los cuales presentó glucemia capilar inferior a 70 mg/dl. Pero, tras instauración de medidas dietéticas notó gran mejoría clínica y no ha vuelto a presentar por el momento más episodios, aun así, está pendiente de valoración por especialista de digestivo para completar estudio.

Conclusiones

El síndrome de Dumping tras funduplicatura de Nissen es una complicación poco frecuente en adultos, que podemos mejorar e incluso prevenir su aparición con unas medidas dietéticas sencillas dadas desde nuestra consulta de Atención Primaria, como hemos visto en el caso descrito. Con ello, se evidencia una vez más que el médico de familia juega un papel fundamental en la orientación diagnóstica y con recursos limitados es capaz de hacer un correcto abordaje de cada una de las patologías.

Palabras Clave

Funduplicación, Complicaciones posoperatorias, Hipoglucemia.

ÁREA: DIGESTIVO

La verdadera cara de una cefalea

Contreras Hazañas M, Mellado Emiliano M, Alguacil Cubero P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias, Neurología y Digestivo.

Motivos de consulta

Mujer de 22 años que consulta por episodios repetidos de migrañas desde los trece años de edad.

Historia clínica

Desde la adolescencia presenta episodios repetidos de cefaleas de carácter pulsátil y predominio retro ocular izquierdo asociadas a náuseas con sonofobia y fotofobia sin focalidad neurológica. No mejora con fármacos antiinflamatorios ni antimigrañosos. Requiere acudir al Servicio de Urgencias y Atención Primaria cada 2-3 meses para consultar sobre el mismo cuadro.

Enfoque individual. Antecedentes personales de asma y dermatitis atópica. Derivada al servicio de neurología en cuatro ocasiones, siendo diagnosticada de migraña con aura resistente a antiinflamatorios y triptanes.

Exploración neurológica y TAC craneal normales. Ante una migraña rebelde al tratamiento con un padre con antecedentes de celiaquía se rehistoria a la paciente y describe episodios de oligomenorrea y leves síntomas digestivos, así como aftas bucales. Se detectan anticuerpos antiendomisio y antitransglutaminasa IgA positivos. Se deriva al Servicio de digestivo donde en una endoscopia digestiva alta se describe una atrofia vellositaria subtotal con presencia de 6 linfocitos intraepiteliales CD3+ por cada 20 enterocitos, sugerente de

enfermedad celíaca con lesión tipo 3b de la clasificación de Marsh.

Enfoque familiar y comunitario: antes del diagnóstico definitivo, se realizó abordaje psicosocial de la paciente para manejo de ansiedad posiblemente causante de sus problemas migrañosos que le afectaban a sus actividades de vida diaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad celíaca del adulto.

Tratamiento, planes de actuación: se pautó una dieta exenta de gluten y seguimiento por parte del servicio de digestivo.

Evolución: tuvo una mejoría significativa tras los primeros meses de dieta exenta de gluten, y no ha vuelto a consultar por cefalea.

Conclusiones

La enfermedad celíaca del adulto es muy frecuente que se manifieste con síntomas extraintestinales con o sin síntomas digestivos. Dentro de los extraintestinales, destacan los neurológicos como cefaleas y polineuropatías. Ante una migraña con difícil manejo farmacológico, hay que hacer un despistaje de esta enfermedad. La mejoría de los síntomas con la dieta exenta de gluten es bastante notable. Desde Atención Primaria, es muy importante recordar hacer un screening en pacientes con antecedentes familiares de primer grado con diagnóstico de celiaquía.

Palabras Clave

Head Pain, Celiac Disease, Screening.

ÁREA: ECOGRAFÍA

Una ecografía a pie de cama para un diagnóstico oncológico

Álvarez Jiménez Ó¹, Miralles Gutiérrez A², Casado López J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-Norte. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y diarrea.

Historia clínica

Paciente que acude a consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho con sensación de masa en dicha zona desde hace unos 10 días, acompañado de deposiciones diarreicas con moco, sensación de saciedad precoz y astenia. No relata pérdida de peso ni anorexia. No refiere fiebre ni otros síntomas en la anamnesis por aparatos.

Exploración física: buen estado general. Afebril. Eupneica. Palidez mucocutánea. ACP normal. Abdomen: blando, depresible con hepatomegalia, duro a la palpación. No ascitis. RHA conservados.

Pruebas complementarias: ecografía abdominal: gran hepatomegalia con múltiples LOES hiperecogénicas y contornos irregulares, a valorar posible metástasis. Resto de exploración sin otros hallazgos de interés.

Enfoque individual: mujer 54 años. NAMC. Sin AP de interés. Exfumadora. Bebedora de una cerveza diaria.

Enfoque familiar y comunitario: inglesa.

Juicio clínico: hígado metastásico.

Diagnóstico diferencial: hemangioma hepático. Hamartoma de conductos biliares. Hidatidosis hepática. Hepatitis vírica.

Tratamiento, planes de actuación: se administra analgesia y se deriva a urgencias

hospitalaria para valoración y confirmación diagnóstica.

Evolución: tras valoración en urgencias hospitalaria, se confirma diagnóstico de hígado metastásico procediéndose a ingreso en medicina interna para completar estudio. Finalmente, se diagnosticó cáncer colorrectal con afectación hepática y adenopática.

Conclusiones

Las tendencias actuales de la ecografía realizada por no radiólogos, lo que se está denominando “point-of-care ultrasound”, “ecografía a pie de cama” o también “ecografía clínica”, se dirigen a acercar la técnica al lugar y al momento clínico, dotándola de tres grandes ventajas: respuesta inmediata a la pregunta asistencial, correlación clínica necesaria para la toma de decisiones, y realizado por el mismo profesional responsable de la atención. Las metástasis hepáticas generalmente son múltiples, siendo las lesiones malignas hepáticas más frecuentes. Pueden presentar varias apariencias ecográficas. La mayoría de las lesiones metastásicas tienen una imagen en diana con un centro ecogénico o isoecogénico y un halo hipoeecogénico. Las metástasis hiperecogénicas suelen partir de tumores neuroendocrinos y del tracto gastrointestinal. El colon es el origen más frecuente de las metástasis calcificadas. El hígado puede mostrarse difusamente heterogéneo con la extensión generalizada de las metástasis, siendo en ocasiones difícil identificar lesiones individuales, por lo que es de utilidad el estudio con alta frecuencia de los márgenes más superficiales del hígado.

Palabras Clave

Ultrasonografía, Hepatomegalia, Metástasis.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Sífilis en tiempos de COVID

Ramiro Verdugo V¹, Gaztelu Valdés V², Falcón Méndez Á³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Federico Rubio. El Puerto de Santa María (Cádiz)

² Médico de Familia. CS Dr. Federico Rubio. El Puerto de Santa María (Cádiz)

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Federico Rubio. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso

Este caso ocurrió en el CS una población rural, durante el periodo de confinamiento por COVID-19.

Motivos de consulta

Malestar general. Febrícula vespertina. Exantema maculopapular generalizado.

Historia clínica

Varón de 20 años, correctamente vacunado y sin AP de interés que consulta por la aparición de un exantema maculopapular generalizado, no pruriginoso, sin afectación palmo-plantar, en relación con la toma de AAS por cefalea y febrícula de 37.6°C en los días previos. Reevaluamos al paciente a los 4 días y persiste el exantema, pero con extensión a palmas y plantas. Niega relaciones sexuales de riesgo, picaduras de insecto, mordeduras de animales. Refiere la aparición de una lesión en glande hace tiempo que "se curó sola". Se solicita analítica con hemograma, bioquímica y serología para *Coxiella burnetii*, *Rickettsia conorii*, Rubeola, Varicela-Zoster, Sarampión, Epstein Barr, VHC, VHB, *Treponema pallidum*, Citomegalovirus y VIH. En analítica se aprecia Ac reagínico de sífilis positivo 1/8 + Ac *Treponema Pallidum* positivo como hallazgo relevante.

Enfoque individual: homosexual, sin pareja estable.

Enfoque familiar y comunitario: dado que el paciente pertenece a una zona rural, aunque negaba contacto con animales, se tuvo que descartar otras enfermedades transmitidas por animales (fiebre Q, fiebre botonosa mediterránea...).

Juicio clínico: sífilis secundaria.

Diagnóstico diferencial: sarampión, mordedura de rata, escarlatina, Kawasaki, Rickettsias.

Tratamiento, planes de actuación: penicilina G Benzatina 2.400.000 UI dosis única + derivación a enfermedades infecciosas.

Evolución: tras diagnóstico inicial, se contacta con servicio de enfermedades infecciosas (consulta de ETS), para seguimiento del paciente. Se administra en el CS penicilina G benzatina 2.400.000 UI y el paciente al día siguiente del tratamiento, refiere empeoramiento del exantema, así como aumento de la temperatura hasta 38.5°C. Se explica al paciente que puede ser una reacción esperable en estos casos (Jarisch-Herxheimer). El paciente presentaba una serología negativa para *Treponema pallidum* hacía 4 meses, por lo que fue suficiente una sola dosis de penicilina G benzatina.

Conclusiones

Es importante una buena anamnesis, así como una buena exploración física y seguimiento del paciente. En este caso el paciente no presentaba afectación palmo-plantar al inicio del cuadro, pero al volver a entrevistarle pasado unos días, el exantema se extendió hacia palmas y plantas. Dicho dato nos orientó hacia un diagnóstico correcto y rápido.

Palabras Clave

Sífilis secundaria, Exantema maculopapular, ETS.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Más prevención y menos infección

Palop Pérez C

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Cachorro. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto: atención Primaria y Atención Especializada.

Motivos de consulta

Cefalea y diplopía.

Historia clínica

Paciente que acude al CS por cefalea de 3 días de evolución que asocia en el último día diplopía. Había acudido previamente a un hospital privado y aportaba analítica, RMN y TAC craneal normales. En la exploración presenta buen estado general, consciente, orientado y colaborador. Afebril. Se objetivan pupilas isocóricas y reactivas a la luz, paresia del músculo recto interno derecho y ptosis palpebral derecha. Ante la parálisis del III par craneal derecho se deriva al paciente de forma preferente a Neurología que pauta tratamiento y cita para revisión. El paciente vuelve a ser traído a la semana, por un familiar, por somnolencia, desconexión del medio, alteración del lenguaje y exantema cutáneo en tronco. Debido a la focalidad neurológica se deriva a urgencias hospitalarias para valoración. En TAC craneal se aprecia lesión isquémica subaguda talámica izquierda.

Enfoque individual: varón de 37 años, maquillador de profesión, consumidor de cannabis y sin otras patologías conocidas. Niega alergias medicamentosas.

Enfoque familiar y comunitario: vive solo en su domicilio. No tiene relación con sus padres, pero sí con una tía.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: dado el cuadro de afectación mesencefálica derecha (III par craneal) y afectación talámica izquierda, se plantean distintas etiologías: infecciosa, tumoral autoinmune... Pruebas reagínicas y treponémicas en suero y líquido cefalorraquídeo positivas. Se diagnostica finalmente de neurosífilis.

Tratamiento, planes de actuación: penicilina intravenosa durante 21 días y posteriormente una dosis semanal durante 3 semanas de penicilina G benzatina 2.4MU intramuscular indicada por el servicio de enfermedades infecciosas. Control de sintomatología en 6 meses en consultas de neurología.

Evolución: se traslada al paciente a una residencia por secuelas cognitivas, intentos de fuga de su domicilio en el contexto de ideas delirantes e incapacidad de realizar actividades instrumentales.

Conclusiones

A raíz de este caso hay que saber realizar la exploración neurológica básica, y si encontramos signos de alarma, derivar al paciente a urgencias hospitalarias. También destacar la labor del médico de familia en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, así como la realización de un cribado adecuado desde la consulta para un diagnóstico y tratamiento precoz.

Palabras Clave

Neurosyphilis, Treponema pallidum, Diplopia.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

¡Ojo! No siempre es ciática

Márquez Sánchez I¹, Revelles Medina I², Berbel Díaz L¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Retamar. Almería

² FEA de Urgencias. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Ámbito del caso

Servicios de Urgencias (punto de Atención Continuada).

Motivos de consulta

Dolor lumbar. Dificultad para deambular.

Historia clínica

Varón de 47 años que refiere dolor lumbar desde hace unos 4 meses, sin traumatismo previo. Ha consultado varias veces por este motivo y no mejora con las distintas pautas de medicación prescritas (analgésicos). El dolor es sobre todo a la movilización, pero también en reposo. Refiere así misma inflamación del pie derecho en los últimos días. No pérdida del control de esfínteres, fiebre, pérdida de peso ni otra sintomatología.

Exploración: en silla de ruedas, aceptable estado general. Se incorpora con dificultad, arrastra la pierna derecha debido a dolor, que localiza en región lumbar y se irradia hacia miembro inferior derecho. Bragard y Lasegue negativos. Reflejos rotuliano y aquileo conservados. Marcha de puntillas y talones no valorable por dolor. No edema ni lesiones en la piel. Leve inflamación pie derecho respecto a contralateral.

Enfoque individual: como antecedentes personales, natural de Marruecos. 10 años en España. Viajes anuales en período estival a su país. En España trabaja en agricultura. Convive con su esposa y sus 3 hijos.

Enfoque familiar y comunitario: barrera idiomática. Dificil acceso a médico de Atención Primaria (por lo anterior y por horario laboral).

Juicio clínico: lumbo-ciática crónica complicada. Paraparesia derecha.

Diagnóstico diferencial: enfermedad tumoral espondilodiscitis.

Tratamiento, planes de actuación: ante una lumbalgia de más de 6 semanas, con aparición de signos de alarma (dificultad para la deambulación), se decidió derivar a Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Evolución: en analítica, nada reseñable salvo PCR 5 mg/dl. En radiografía lumbosacra: pérdida de cortical de L2, L3 y L4. TAC lumbar compatible con espondilodiscitis tuberculosa. El paciente ingresó a cargo de neurocirugía. En muestras obtenidas en quirófano se confirmó la infección por M. tuberculosis. Cumplió tratamiento antituberculoso con lenta pero buena respuesta. Preciso intervención con artrodesis y laminectomía lumbar.

Conclusiones

En la valoración del dolor lumbar es fundamental la exploración física dirigida, así como disponer de una historia clínica completa con antecedentes, características del dolor, evolución... El seguimiento en Atención Primaria es vital, en base a detectar cambios clínicos y signos de alarma que nos hagan sospechar patologías mayores.

Palabras Clave

Pott disease, *Mycobacterium tuberculosis*, Low back pain.

ÁREA: ORL

Lesiones que no curan

Linares Canalejo A¹, Sousa Montero M², Santos Estudillo M³

¹ MIR 3er año en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Huelva

³ Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Aftas orales de meses de evolución.

Historia clínica

Acude a urgencias de nuestro hospital por aftas orales tras 3 meses de tratamiento tópico.

Exploración: buen estado general con hidratación de piel y mucosas. Lesiones pápulo-vesiculosas en orofaringe incluido paladar duro y paredes laterales. No exudados amigdales ni adenopatías cervicales. Costra cicatricial en comisura labial derecha por herpes labial previo. No afectación ocular (tinción con fluoresceína negativa). Otoscopia sin lesiones en conductos ni tímpanos. No lesiones dérmicas. No fueron necesarias pruebas complementarias en el servicio de urgencias.

Enfoque individual: mujer de 24 años, sin alergias a medicamentos ni antecedentes de interés salvo fumadora de 1-2 cig/día.

Enfoque familiar y comunitario: profesora en un colegio con pareja estable.

Juicio Clínico: estomatitis herpética/carcinoma epidermoide orofaríngeo.

Diagnostico Diferencial: eritema multiforme, enfermedad Behçet, neoplasia orofaríngea, estomatitis aftosa recurrente, herpangina.

Tratamiento, planes de actuación: spray aftas 30 minutos antes de las comidas, Ibuprofeno 600 mg/8 h y Aciclovir 200 mg/4 h durante 7

días. Petición de analítica con serología, enfermedades de transmisión sexual, proteinograma y anticuerpos por su médico.

Evolución: contacto con la paciente a la semana, refiriendo desaparición casi completa de las lesiones orales con el tratamiento. En su historia clínica, se refleja consulta al mes en Medicina Interna y otorrinolaringología por persistencia de 2 aftas en cavidad oral. Se biopsiaron las lesiones con resultado de anatomía patológica (1ª- células inflamatorias compatibles con herpes simple y 2ª- carcinoma epidermoide de cavidad oral). A día de hoy en espera de estudio de extensión.

Conclusiones

Ante las lesiones que presentaba la paciente, nos hizo sospechar en una estomatitis herpética, que se trata de una enfermedad producida por Virus Herpes Simple tipo I y que cursa con lesiones pápulo-vesiculosas y aftas dolorosas en cavidad oral. Puede aparecer sola o acompañada de clínica sistémica (fiebre, dolor abdominal, adenopatías...). Como médicos de familia debemos reconocer con facilidad esta patología, así como su tratamiento efectivo. Es importante, reevaluar a los pacientes a los pocos días para valorar alternativas ante el fracaso del tratamiento o persistencia de las lesiones. Ante esto y con el factor de riesgo de ser fumadora, valoramos el diagnóstico diferencial con neoplasia orofaríngea y eritema multiforme entre otras.

Palabras Clave

Oropharyngeal Neoplasms, Stomatitis, Herpangina.

ÁREA: NEUROLOGÍA

La enfermedad simuladora

Barrera Pérez L, Blanco Capitán M

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ideas obsesivas, parestesias e ideación autolítica.

Historia clínica

Mujer de 33 años gestante de 32 semanas que consulta por ideas obsesivas (lavado excesivo de manos), falta de equilibrio y acorchamiento de manos y pies. Durante la entrevista reconoce que en el último mes ha tenido ideación autolítica.

Enfoque individual: NAMC No hábitos tóxicos
No tratamiento habitual.

Exploración por aparatos normal. Se solicita analítica de sangre con eje tiroideo y eje hipofisario y analítica de orina, y se consulta con psiquiatría que instaura tratamiento con sertralina. Se cita a la paciente en 3 días para ver evolución y recogida de resultados. El día de la consulta la paciente no acude por estar ingresada en Salud Mental por intento autolítico hace 2 días. Durante el ingreso se consulta con Medicina Interna que amplía la analítica con autoinmunidad y serología en la que destaca IgM+ para *Borrelia burgdorferi*. Tras el parto se realiza RMN de cráneo y cervical en las que se objetivan lesiones en sustancia blanca compatibles con enfermedad desmielinizante.

Juicio Clínico: esclerosis Múltiple remitente-recurrente.

Diagnostico Diferencial: esclerosis múltiple.

Tratamiento, planes de actuación: se comienza tratamiento con ceftriaxona durante 3 semanas por sospecha de neuroborreliosis sin mejoría, por lo que se realiza Western-Blot de *Borrelia* que resulta negativo y punción lumbar anodina. Se cambia tratamiento a corticoides y acetato de glatiramero con remisión total de la clínica, con juicio clínico final Esclerosis Múltiple Remitente-Recurrente

Evolución: actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones

Ambas patologías presentan clínica similar, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. Lo único característico y exclusivo de la enfermedad de Lyme es el eritema migrans. Sin embargo, no todos los pacientes desarrollan esta erupción o no recuerdan la picadura. Algunos síntomas que comparten ambas dolencias son: mareo, fatiga, parestesias, debilidad, dificultades para caminar o problemas de la vista. Además, se han descrito reacciones cruzadas entre múltiples patógenos como *Borrelia burgdorferi* y enfermedades autoinmunes como esclerosis múltiple, lo que dificulta aún más el diagnóstico diferencial. Los resultados serológicos de la borreliosis deben interpretarse siempre con los datos clínicos y epidemiológicos, excluyendo otras enfermedades y teniendo en cuenta, en ocasiones, la respuesta al tratamiento.

Palabras Clave

Borreliosis, Múltiple Sclerosis.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Un caso mercurioso

Falcón Méndez Á¹, Ramiro Verdugo V², Gaztelu Valdés V³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Federico Rubio. El Puerto de Santa María (Cádiz)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Federico Rubio. El Puerto de Santa María (Cádiz)

³ Médico de Familia. CS Dr. Federico Rubio. El Puerto de Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso

Reportamos el caso de un paciente de 46 años que presenta como único antecedente personal un episodio psicótico autolimitado en el año 2019, trabajador de un vertedero.

Motivos de consulta

Acude a nuestro CS por síndrome constitucional y cambios conductuales.

Historia clínica

Paciente valorado por Salud Mental donde se diagnostica de episodio depresivo/esquizofrenia y se decide el ingreso a su cargo. Se produce empeoramiento del cuadro con dificultad respiratoria y gran pérdida de peso, por lo que se ingresa en Medicina Interna. Tras deterioro brusco del nivel de consciencia es ingresado en UCI con diagnóstico de coma de origen no filiado.

Durante 21 días en UCI, se realiza anamnesis más detallada donde se descubre que durante años trabajó en un vertedero público reciclando residuos (manejando pilas, baterías...), por lo que se decide pedir niveles de metales pesados en plasma/orina/24 h con el resultado de niveles elevados de mercurio. Se llega así al diagnóstico de intoxicación por mercurio presumiblemente ocupacional. Se inicia tratamiento quelante con dimercaprol y D-penicilamina y el paciente pudo ser dado de alta a los pocos días.

Enfoque individual: varón de 46 años, sin antecedentes personales de interés.

Enfoque familiar y comunitario: paciente con bajo recurso económico que vive con su madre. Trabaja en un vertedero durante varios años sin medidas de protección, manipulando baterías y otros residuos.

Juicio Clínico: intoxicación por mercurio.

Diagnostico Diferencial: meningoencefalitis, tuberculosis, esquizofrenia.

Tratamiento, planes de actuación: quelante con dimercaprol y D-penicilamina.

Evolución: paciente que tras el ingreso en UCI y una vez llegado al diagnóstico de intoxicación por metales pesados e inicio de tratamiento, la evolución es favorable y se decide alta domiciliaria con seguimiento por su médico.

Conclusiones

Este caso sirve para hacernos ver lo importante que es hacer una anamnesis completa, que incluya la ocupación laboral de nuestros pacientes por posibles factores de riesgo asociados. Y, además, recalcar lo importante que son las medidas de prevención de riesgo laboral, que permitan a los trabajadores desarrollar su actividad en condiciones de salud y seguridad.

Palabras Clave

Intoxicación mercurio, Salud laboral.

ÁREA: HEMATOLOGÍA

Una esplenomegalia de origen familiar

Ruiz Jiménez A¹, Álvarez Jiménez Ó¹, García Sánchez I²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Viñuela. Málaga

Ámbito del caso

Servicio Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y fiebre.

Historia clínica

Acude al servicio de urgencias aquejando dolor abdominal en el flanco izquierdo y bultoma desde hace 4 días, con distermia importante. Algún vómito aislado. Además, coluria, polaquiuria y disuria.

Exploración física: BEG. Eupneica. Febril. Palidez mucocutánea, ictericia conjuntival. ACP: normal. Abdomen: blando, depresible. Esplenomegalia dolorosa. No ascitis.

Pruebas complementarias: hemograma: Hb 9, leucocitos 13030, resto normal. Bioquímica: a destacar LDH 474, Br total 2.43, ALT 145, PCR 262.9. Coagulación normal. Frotis sangre: dianocitos, alteraciones en la hemoglobinización, drepanocitos. Rx tórax: normal. Rx abdomen: hiperdensidad en hemiabdomen izquierdo compatible con esplenomegalia. Ecografía abdomen: colelitiasis. Severa esplenomegalia con áreas infarto esplénico. Pequeña cantidad de líquido libre.

Enfoque individual: mujer 30 años. NAMC. AP: problema en la infancia en bazo (“infecciones”), tratadas en país de origen (no informes). IQX: cesáreas. Tratamiento habitual: ACHO.

Enfoque familiar y comunitario: marroquí. Hermano con doble hemoglobinopatía S y C.

Juicio clínico: síndrome drepanocítico con afectación esplénica.

Diagnóstico diferencial: VEB, CMV, virus hepatitis, leishmaniasis visceral, malaria,

brucelosis, absceso esplénico, síndrome drepanocítico, anemia hemolítica, síndrome linfoproliferativo.

Tratamiento, planes de actuación: se ingresa en área de observación con analgesia, antibioterapia, ácido fólico y transfusión de hematíes.

Evolución: tras valoración por hematología, se ingresó en planta con diagnóstico de doble hemoglobinopatía SC y durante el ingreso se decidió esplenectomía.

Conclusiones

Una correcta anamnesis durante la entrevista clínica permite llegar a un buen diagnóstico. Los antecedentes familiares en ocasiones no se investigan adecuadamente, siendo en este caso de gran importancia para encontrar el diagnóstico. Las hemoglobinopatías afectan a la estructura, función o producción de hemoglobina, habiendo cinco clases principales, entre ellas destacamos la drepanocitosis. Los síndromes drepanocíticos se producen por herencia de HbS y otra hemoglobinopatía. Estos provocan vasooclusión microvascular y anemia hemolítica con isquemia, dolor agudo y lesión de órganos. La crisis dolorosa aguda tiene como tratamiento la hidratación y analgesia. La afectación esplénica puede requerir de transfusión y/o esplenectomía. Los pacientes con hipoesplenismo tienen riesgo de infección por bacterias encapsuladas y/o parásitos hematógenos. Importante educar a pacientes y su entorno sobre el riesgo de infección y cómo minimizarlo. Deben estar correctamente vacunados, incluidas vacunas para neumococo, meningococo e influenza. Según cada Caso es necesaria la antibioterapia profiláctica.

Palabras Clave

Esplenomegalia, Infarto del bazo, Rasgo drepanocítico.

ÁREA: URGENCIAS

Edemas como primera manifestación de fibrilación auricular

Galdeano Osuna M¹, Navarrete Martínez E², Aguilera Vereda N³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)¶

² Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla¶

³ Médico de Familia. CS Ricardo Martínez Sánchez. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria. Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Acude a urgencias del CS por dolor y edemas en miembros inferiores de 48 horas de evolución. En anamnesis dirigida, el paciente presenta disnea y ortopnea. No recorte de diuresis. Nicturia.

Historia clínica

69 años. No alergias medicamentosas conocidas. No hipertensión arterial. Dislipemia. Diabetes tipo 2. Gonartrosis izquierda. Fumador 50 paq/año.

Enfoque individual. Exploración física: buen estado general, consciente, orientado y colaborador. ACR: tonos arrítmicos a 120 lpm; murmullo vesicular conservado con crepitantes y roncus dispersos. Abdomen: normal. MMII: edemas duros con fóvea. ECG: taquicardia QRS estrecho arrítmico a 120 lpm, bloqueo completo de rama derecha.

Enfoque familiar y comunitario: jubilado. Casado. Acude a consulta solo. Es derivado al hospital, se le explica a la esposa que llega nerviosa a posteriori por la incertidumbre de la situación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fibrilación auricular de novo. Insuficiencia cardíaca. Ausencia de apoyo familiar. Tabaquismo.

Tratamiento, planes de actuación: en CS se administran diuréticos y digoxina para control de frecuencia cardíaca. Además, se inicia anticoagulación (CHADs2-Vasc: 3 puntos). Dado la cronología incierta de la fibrilación auricular, no se realiza cardioversión eléctrica. Es derivado a urgencias hospitalarias para realizar pruebas complementarias donde se objetiva derrame pleural bilateral, cardiomegalia (radiografía tórax) y analítica sin cambios.

Evolución: pasados unos días, contactamos con el paciente, refiere mejoría clínica, presenta menos edemas en miembros inferiores y clínica respiratoria. Nos expresa que está muy contento, ya que ha dejado de fumar y que fue por el consejo que le dio la médico que lo atendió en urgencias.

Conclusiones

Importancia de la exploración física y anamnesis de los médicos de familia. Además de la realización de ECG ante disnea. Incidir en el consejo breve antitabaco. Es más importante de lo que podemos llegar a pensar. Revisión de los pacientes al alta hospitalaria para ajuste de medicación y posible iatrogenia. La buena relación médico-paciente con un seguimiento posterior hace que confíe en el médico que lo ha atendido y se ha preocupado por él.

Palabras Clave

Edemas, Fibrilación auricular, Consejo antitabaco.

ÁREA: URGENCIAS

Parada cardiorrespiratoria (PCR). La importancia de una rápida intervención y buena coordinación del equipo de Urgencias

Bejarano Martín M¹, Mengual Garcerán Y¹, Pérez Gamero M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Dispositivos de cuidados críticos, atención hospitalaria, O61.

Motivos de consulta

Muerte súbita.

Historia clínica

Avisan por pérdida del nivel de conciencia y ausencia de pulso tras esfuerzo físico en paciente de 14 años. A nuestra llegada, a los 4 minutos de la desconexión, se iniciaron maniobras de Soporte Vital Básico (SVB) y Avanzado (SVA). Glasgow 6.

Enfoque individual: estudio genético positivo de MCH y síndrome de Brugada (mutación TNNT2 p.W287) en 2015. Holter realizado en abril de 2021 con QT largo.

Enfoque familiar y comunitario: abuelo materno con antecedente de muerte súbita por miocardiopatía hipertrófica (MCH). Madre con estudio genético positivo para MCH. Consentimiento aceptado para la exposición del caso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: parada cardiorrespiratoria.

Tratamiento, planes de actuación: tras monitorización, se detecta taquicardia ventricular (TV) y se procedió a desfibrilación, objetivándose posteriormente circulación espontánea con inestabilidad hemodinámica. Se aisló vía aérea mediante intubación oro-traqueal (IOT) y se administró 150 mg de amiodarona y 1.5 mg de magnesio intravenoso, con posterior traslado al hospital.

Evolución: en electrocardiograma presentaba ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, QRS estrecho con criterio de hipertrofia ventricular izquierda. T negativas de V2 a V6 con descenso de ST en II y elevación punto J V1, V2 y AVR, criterios de sobrecarga diastólica. Ecocardiografía con septo 26 mm, pared posterior de 9-10 mm sin gradiente obstructivo. Resonancia magnética superponible a ecocardiografía sin fibrosis miocárdica. Durante su estancia en UCI, no eventos de arritmia ni secuelas neurológicas. Se realizó implante de Desfibrilador Automático Implantable (DAI) tipo Boston, con comprobación posterior. Destacar la atención familiar, especialmente a la madre del paciente, que ha precisado atención médica en varias ocasiones por crisis de pánico en relación al episodio, con seguimiento por su médico de familia.

Conclusiones

En este caso resulta primordial la rápida actuación del equipo de atención continuada, donde prima la coordinación de los profesionales para mayor efectividad de la cadena de supervivencia. Además, destacar la importancia de la formación en SVB en la población en general y del SVA en los profesionales sanitarios en particular, iniciando las maniobras de resucitación de forma precoz y aumentando las posibilidades de recuperación del paciente. Por último, resaltar la atención a familiares ante situaciones críticas, dada nuestra función como médico de familia.

Palabras Clave

Parada cardiorrespiratoria, Miocardiopatía hipertrófica, Soporte vital.

ÁREA: URGENCIAS

Vasculitis necrotizante tras primera dosis vacuna moderna COVID 19

Rosa Boyer M, Souto Navarro M, Orellana Patrón S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Lugar. Chiclana de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio de Urgencias Hospitalarias, Atención Especializada.

Motivos de consulta

Varón de 22 años sin AP de interés que acude a urgencias extra hospitalarias por aparición súbita de dolor junto a lesiones en ambos MMII tras administración de 1ª dosis vacuna Covid19 (Moderna) cinco horas antes. Afebril, sin antecedente de traumatismo ni focalidad infecciosa ni otra sintomatología. Se decide derivación a hospital.

Historia clínica

A su llegada, exploración de pulsos MII conservados, pulso femoral y poplíteo conservado, pulso pedio derecho ausente. Presenta hematomas subungueales de predominio en pie derecho, aunque afectación bilateral. En cara dorsal de primer dedo de MID escara seca necrótica superficial con visualización de vasos profundos de 3-4 cm junto lesiones purpúricas en dorso y mínimas lesiones puntiformes ungueales en el resto de dedos. Pies fríos con predominancia del derecho. Fuerza, movilidad y sensibilidad conservadas y simétricas. Ausencia de dolor compartimental o signos de rigidez.

Pruebas complementarias: analítica anónima con PCR 3,7. Hemograma con leucocitosis 13400 y neutrofilia 10630. Ecodoppler arterial MID: sin alteraciones. Arterias sanas con flujo conservado y velocidades normales. Se descarta por tanto patología vascular subsidiaria de tratamiento quirúrgico urgente. Ecocardiograma: función sistólica conservada sin imágenes sugestivas de endocarditis infecciosa. Biopsia-punch cutánea: dermatitis purpúrica con infiltrado perivascular superficial

linfocitocitario con aislados eosinófilos. Ausencia de vasculopatía trombótica. Ausencia de depósitos inmunes

Enfoque individual: el seguimiento de nuestro paciente por Atención primaria se realizó con curas cada 48 h.

Enfoque familiar y comunitario: gracias al seguimiento desde Atención Primaria hacia los pacientes vacunados pueden identificarse a tiempo los efectos secundarios.

Juicio clínico: vasculitis necrotizante.

Diagnóstico diferencial: trombosis.

Tratamiento, planes de actuación: prednisona 30 mg 0,5 comprimidos 7 días, posteriormente días alternos hasta completar 10 días y suspender. Clindamicina 300 mg cada 24 h durante una semana. AAS 100 mg cada 24 h durante 15 días.

Evolución: actualmente la escara se encuentra en proceso de epitelización sin progresión de necrosis.

Conclusiones

Los efectos adversos derivados de la vacunación contra la COVID-19 son motivo de consulta predominante hoy en día en Atención Primaria. El gran impacto causado por la pandemia a nivel poblacional hace necesario estar actualizado en esta patología. Es necesario conocer los efectos adversos de las diversas vacunas existentes actualmente para poder proceder de manera correcta.

Palabras Clave

COVID-19, Vasculitis Necrotizante.

ÁREA: URGENCIAS

La importancia del electrocardiograma

Nogales García G¹, Morero Guerra J², Aranda Rando S²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Osuna (Sevilla)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Mareo.

Historia clínica

Mujer de 69 años traída tras realización de cardioversión eléctrica por cuadro de taquicardia ventricular. La paciente fue valorada 48 h antes por cuadro de mareo inespecífico, diagnosticándose de vértigo periférico. La paciente refiere que en las últimas 48 h ha presentado mareo sin giro de objetos, sudoración y nauseas, asociando sensación de palpitaciones y dolor centro torácico. El dolor es opresivo, no irradiado y no se modifica con los esfuerzos.

Se realizó ECG en CS objetivándose taquicardia ventricular monomorfa por lo que se realizó cardioversión eléctrica. En urgencias se realiza nuevo ECG en el que se objetiva ritmo sinusal con QRS ancho con morfología de bloqueo completo de rama derecha con ascenso del ST en derivación III y AVF, además de ondas T negativas y profundas en dichas derivaciones. Se realiza ecocardiografía observándose alteraciones segmentarias en cara inferior de ventrículo izquierdo. Analíticamente se observa elevación de troponinas. Dados los hallazgos se decide derivación a hospital de referencia.

Enfoque individual: fumadora de 40 cigarros/día. Hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia. ¶Infartos lacunares. Anemia ferropénica.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Taquicardia ventricular monomorfa sostenida.

Tratamiento, planes de actuación: angioplastia con colocación de 2 stent farmacológicos en arteria coronaria derecha.

Evolución: en hospital de referencia se realiza coronariografía objetivándose estenosis significativa de coronaria derecha a nivel proximal y medio, tratados ambos mediante colocación de stent farmacológico. Evolución favorable con mejoría de la función ventricular.

Conclusiones

Debemos ser sistemáticos al valorar a los pacientes, no dejándonos guiar, únicamente, por el conocimiento adquirido sino por la medicina basada en la evidencia. La anamnesis de un mareo no debe centrarse, únicamente, en discernir si se trata de un vértigo central o periférico. Debemos valorar una posible etiología cardíaca, metabólica, hematológica, oftálmica y respiratoria. Es recomendable realizar un electrocardiograma, aunque la sintomatología de vértigo periférico sea evidente. En nuestro caso la realización de una prueba accesible y rápida nos habría permitido tener un diagnóstico más certero, debido a que, muy probablemente, esta paciente llevaba varios días presentado rachas de taquicardia ventricular, que se manifestaban con clínica de mareo inespecífico.

Palabras Clave

Vértigo, Taquicardia ventricular, Cardioversión.

ÁREA: SALUD MENTAL

Desde que volví de Camboya no soy el mismo

Marín López C, Contreras Hazañas M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Acúfenos, confusión, deterioro del estado general.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 43 años que ha residido en Camboya durante 10 meses y desde su regreso acude múltiples veces a urgencias refiriendo que ha ido empeorando progresivamente con cuadro de aturdimiento, bradipsiquia, somnolencia, acúfenos, fatiga e ideas autolíticas. Él lo asocia al consumo de metanfetamina inhalada y otras sustancias de abuso durante su estancia allí.

Pruebas complementarias: analíticas de Atención Primaria, pruebas de parásitos e infecciones tropicales e ITS normales. TC craneal y RM craneal y CAIs sin hallazgos patológicos. Test cognitivo valorado por MF y neurología normal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés. NAMC.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive con su madre, que dice estar afectada por la situación de su hijo en los últimos meses.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: trastorno adaptativo con reacción mixta ansioso-depresiva. Trastorno psicótico inducido por tóxicos. Intento autolítico con ingreso involuntario en psiquiatría.

Tratamiento, planes de actuación: actualmente en tratamiento con fluoxetina y olanzapina.

Recomiendan ejercitar la mente y mantenerse activo. Los distintos especialistas, tras descartar que el paciente tenga una enfermedad orgánica, ven conveniente una atención continuada del paciente por Atención Primaria y Salud Mental con sucesivas revisiones.

Evolución: ha sido valorado por su médico de familia en varias ocasiones, por infecciosas, Salud Mental, ORL y Neurología y a pesar de la normalidad de todas las pruebas realizadas el paciente insiste en que le ha cambiado la vida y no está capacitado para volver a trabajar (es informático) porque olvida lo que tiene que hacer y es incapaz de tomar decisiones.

Conclusiones

En el trastorno adaptativo los pacientes se sienten sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Presentan alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante. Además, suelen sufrir problemas psicosociales: conflictos familiares, falta de interés social, bajo rendimiento académico o falta de autocuidado. Aquí es donde radica la importancia de otro tipo de intervenciones que complementen el abordaje farmacológico y donde el médico de familia junto al equipo de salud mental intentan reconducir al paciente y su entorno para superar las dificultades.

Palabras Clave

Adjustment disorder, Substance induced psychoses, Affective disorder.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS / PLURIPATOLÓGICOS

Psoriasis en la edad avanzada

Sillero Ureña M¹, Fernández Porcel A², Pegalajar Moral B²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle-Julán Cabrera. Jaén

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Valle. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Celulitis/Úlcera pie diabético de evolución tórpida.

Historia clínica

Paciente hombre de 78 años con antecedentes personales HBAIHH, Endocarditis bacteriana, insuficiencia mitral con prótesis metálica, diabetes mellitus, HBP, FA, SAHS con CPAP, miocardiopatía hipertrófica. En tratamiento con carvedilol, digoxina, sintrom, furosemida, espironolactona, metformina/empaglifozina, semglee, simvastatina, dutasterida /tamsulosina.

Enfoque individual. Anamnesis: paciente que presenta desde hace varios meses celulitis de repetición en MMII sin mejoría tras múltiples tratamientos antibióticos junto con episodios de úlcera de evolución tórpida en pie diabético derecho, realizándose diversas curas locales y por los que fue atendido en repetidas ocasiones en servicio de urgencias; ahora acude a consulta por presentar lesiones eritematodescamativas en piernas, codos y rodillas; Lo relaciona con toma previa de antibióticos. No antecedentes familiares de psoriasis, no otra sintomatología sistémica.

Exploración: buen estado general, afebril. ACR: arrítmico sin ruidos patológicos, mvc sin ruidos sobreañadidos. MMII: lesiones eritematosas, con descamación de piel, aumento de temperatura sin edema, signos de insuficiencia circulatoria crónica, pulsos pedios conservados.

Pruebas complementarias: cultivos úlceras en pie diabético, eco-doppler venoso (sin evidencia

de trombosis venosa), realizados en consulta de angiología y cirugía vascular.

Enfoque familiar y comunitario: familia reconstituida con apoyo social e hijos en fase de independencia según modelo de GEYMAN, con una puntuación de 297 en la escala de evaluación de reajuste social (modificada de Holmes y Rahe) pudiendo agravar esto las patologías crónicas del paciente entre otras.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: psoriasis del anciano. Celulitis /úlcera pie diabético/psoriasis. Enmascaramiento de lesiones de la piel.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza primero tratamiento oclusivo con calcipotriol+betametasona y luego solamente en espuma cutánea, una aplicación cada 24 horas por la noche en las lesiones durante un mes y como mantenimiento dos veces en semana si lesiones, además de hidratar zona.

Evolución: mejoría clínica de las lesiones, sin nuevas lesiones a día de hoy.

Conclusiones

La importancia del abordaje integral del paciente pluripatológico en el ámbito de atención primaria y del trabajo en equipo de medicina y enfermería. La posibilidad de enmascaramiento de las diferentes lesiones de la piel en el paciente pluripatológico y la necesidad de realizar un buen diagnóstico de exclusión.

Palabras Clave

Psoriasis, Diabetes Mellitus, Skin.

ÁREA: OTROS...

Síndrome de Paget-SchroetterCurado Mateos M¹, Corrales Cidoncha A², Gallego Gallego E³¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz**Ámbito del caso**

Centro de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor miembro superior derecho.

Historia clínica

Paciente varón de 26 años sin antecedentes personales de interés, acude a consulta de atención primaria por dolor y edema en miembro superior derecho de seis de evolución. Niega traumatismo. Como antecedente, refiere haber estado en el gimnasio realizando ejercicios de musculación hace menos de 48 horas, como otros días.

Enfoque individual: signos vitales dentro de límites normales, afebril y la exploración cardiopulmonar, neurológica y abdominal no reveló hallazgos. La fuerza estaba conservada de forma bilateral, aunque refería dolor en el miembro afecto, que se encontraba edematoso. Se deriva a urgencias hospitalarias donde se realiza Rx AP y axial hombro normal. Se realizó ecografía Doppler venosa en la que no se apreció flujo en la vena subclavia derecha, confirmándose mediante flebografía, de trombosis de vena subclavia-axilar derecha y abundantes colaterales.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: síndrome de Paget-Schroetter (trombosis de esfuerzo).

Diagnóstico diferencial: lesiones músculo-tendinosas lesión ocupante de espacio linfangitis hemorragia intramuscular obstrucción venosa intermitente sin trombosis.

Tratamiento, planes de actuación: se pautó anticoagulación con heparina a dosis terapéuticas durante 6 meses.

Evolución: estudio de la coagulación (trombofilia) normal y RM sin alteraciones anatómicas. Tras revisiones cada 6 meses, no ha vuelto a presentar episodio tras 18 meses del diagnóstico. Reanudó la práctica deportiva a los 6 meses sin incidencias.

Conclusiones

La presencia de trombosis venosa de sitio inusual en miembro superior en pacientes jóvenes, sanos y deportistas obliga a sospechar el síndrome de Paget-Schroetter como principal causa, siendo una trombosis de esfuerzo de la vena axilar o subclavia. Se presenta por actividad repetitiva de las extremidades superiores con movimientos de abducción y rotación externa, que provoca microtrauma a la íntima vascular y lleva a la formación de trombos. El cuadro clínico incluye dolor, edema, palidez, piel marmórea y distensión de las venas cutáneas de la extremidad afectada. El diagnóstico se realiza con ultrasonograma (USG) Doppler venoso y flebografía.

Palabras Clave

Paget-Schroetter, Trombosis, Vena subclavia.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
ORALES:
EXPERIENCIAS
MÉDICO DE FAMILIA**



ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA**Experiencia de seguimiento domiciliario en pacientes con neumonía por SARS-COV2 desde urgencias del hospital Virgen de Valme en AGS Sevilla Sur**Zuza García E¹, Chacón Caso P², Quintero Pérez E², Alonso Gallardo M²¹ Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla² FEA de Urgencias. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos de la experiencia

Nuestra consulta surge como una herramienta para la gestión de la crisis sanitaria actual. Nuestro objetivo es realizar un seguimiento estrecho domiciliario a los pacientes con neumonía por COVID-19 que no precisaban soporte respiratorio en el momento de su valoración, evitando su ingreso en primera instancia.

Descripción de la experiencia

Realizamos un estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo para valorar la evolución clínica de los pacientes incluidos en la consulta telefónica entre el 13 de enero y el 31 de marzo de 2021. No se ha realizado muestreo, se incluyeron todos sin aleatorización (167 pacientes). La información respecto al seguimiento y datos de los pacientes se obtuvo de Diraya, Estación clínica y visores de Radiología y analíticas, recogiendo todos en una base de datos Excel.

Conclusiones

Obtuvimos una muestra de 154 pacientes tras excluir aquellos que no cumplían los criterios de

inclusión. El 51,2% son mujeres y el 48,7% hombres con una media de edad de 52 años. Sólo el 20,7% precisaron ingreso a pesar de que el 52% presentaban neumonía bilateral inicialmente. De los ingresados, el 12,5% precisó atención en UCI y el 1,9% del total falleció. El 90% iniciaron tratamiento con dexametasona y heparina. El 40% se trató con colchicina y vitamina D.

La media de días desde inicio de síntomas hasta la primera consulta es de 7,5. Los días en seguimiento previos al alta han sido 5,3 precisando la mayoría 2 revisiones. Los que precisan ingreso hospitalario se encuentran en día 10 y los que son dados de alta por mejoría clínica o curación se encuentran en día 15,9.

Aplicabilidad

Con esta consulta evitamos ingresos en pacientes con neumonía SARS-COV2, asumiendo desde Urgencias el seguimiento ambulatorio con la única ayuda de un pulsioxímetro. Se trata de un método de trabajo fácil de implantar y económico que mejora la vivencia del paciente de su enfermedad.

ÁREA: INEQUIDADES EN SALUD / SALUD INTERNACIONAL

Mesa local para el abordaje de la mutilación genital femenina

Saperas Pérez C¹, Sánchez Albarracín L², Muñoz Racero C³, García Rodríguez C¹

¹ Médico de Familia. CS Plana Lledó. Mollet del Vallès (Barcelona)

² Trabajadora Social Sanitaria. CS Plana Lledó. Mollet del Vallès (Barcelona)

³ Enfermera de Familia. CS Plana Lledó. Mollet del Vallès (Barcelona)

Objetivos de la experiencia

Explicar el proceso de creación de la mesa local de Mutilación Genital Femenina (MGF) en municipio urbano.

Descripción de la experiencia

En 2019 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar para formalizar la mesa local de MGF. Los integrantes de la comisión son personal sanitario (atención primaria, pediatría, salud mental y ginecología), servicios municipales, fuerzas del orden, educación y servicios sociales. La finalidad de esta comisión es redactar el protocolo para el abordaje y la prevención de la MGF, unificar criterios y crear circuitos de derivación. La prevención de la MGF se tiene que hacer desde una perspectiva integral que contemple la prevención, atención, protección, recuperación y seguridad de las mujeres y niñas en riesgo. Incidiendo en el trabajo en red, formación y transversalidad, así como actualización continua tanto en temas médicos, como legales. La mesa se reúne cada 6 meses para seguimiento de los casos, evaluar las acciones realizadas, planificar formación y promoción y sensibilización sobre la MGF en el municipio.

Conclusiones

Actualmente hay más de 70 mesas locales en nuestra comunidad autónoma. Las mesas permiten tener una visión global sobre la MGF, así como trabajar conjuntamente todos los actores implicados. La creación de este tipo de recursos locales compartidos nos permite tener un mayor control de este problema y nos ayudará a buscar soluciones tratando cada caso de forma individual con todos los recursos disponibles.

Aplicabilidad

La creación de una mesa local para el abordaje de la MGF se puede replicar en cualquier municipio a través de los ayuntamientos locales. Tener un equipo local interconectado trabajando conjuntamente el tema de la mutilación nos ha de permitir atajar de forma más completa y eficaz este problema. No se nos debe olvidar que la MGF es una práctica que se sigue realizando en la actualidad.

Palabras Clave

Female Circumcision, Cultural Diversity, Primary Care.

ÁREA: OTROS...

Aportaciones y mejoras en la funcionalidad de la historia clínica digital en Andalucía

Carbajo Martín L¹, Ortega Jiménez V², Martín Sánchez E³, Garrucho Moreno J²

¹ Médica de Familia en SCCU-AP. AGS Norte de Huelva

² Médico de Familia en Servicio de Coordinación de Sistemas de Información

³ Médica de Familia en Servicio de Coordinación de Sistemas de Información

Objetivos de la experiencia

Mejorar las funcionalidades relacionadas con la clínica en la historia clínica digital. Difundir las mejoras en la historia clínica digital.

Descripción de la experiencia

La historia clínica es la herramienta que ordena los aspectos relacionados con el paciente. Que sea digital supuso un gran avance en la práctica clínica y facilitó el trabajo de los profesionales, así como el registro de resultados en salud entre otras cuestiones. Sin embargo, no siempre es completa y requiere un amplio desarrollo de sistemas informáticos. Desde el servicio de Coordinación de Sistemas de Información hemos implantado un programa llamado Gestor de Informes para dar respuesta a algunas carencias de la historia clínica digital. Existen 2 tipos de formularios para Atención Primaria:

1). Escalas. Permiten recoger información y realizar cálculos no demasiado complejos, porque la calculadora no permite hacer logaritmos ni exponenciales. Vuelca en la hoja de evolución o anamnesis solo el resultado. Se muestran en los episodios en una carpeta llamada Escalas y Cuestionarios.

2). Cuestionarios. Recogen información de distintos campos y vuelcan todo lo que se ha recogido en la hoja de evolución o de anamnesis.

Se muestran en los episodios en una carpeta llamada Escalas y Cuestionarios. Algunos de los formularios incluidos: escalas de valoración de riesgo de ICTUS en FA (CHADS-VASC / HASBLED).

Algoritmo diagnóstico y de tratamiento en enfermedad tromboembólica venosa. IPSS. Escalas de valoración de neumonía...

Conclusiones

La visión clínica y apoyo funcional en la mejora de la historia clínica digital es fundamental ya que son los propios profesionales sanitarios los que desarrollan estas funcionalidades. Los desarrollos tecnológicos conllevan tiempo y recursos por lo que esta herramienta autogestionada por clínicos aporta una respuesta rápida a necesidades reales y que requieren resolución más rápida.

Aplicabilidad

Se valoran las necesidades sentidas por los propios profesionales para dar respuesta e incluir funcionalidades en la historia clínica.

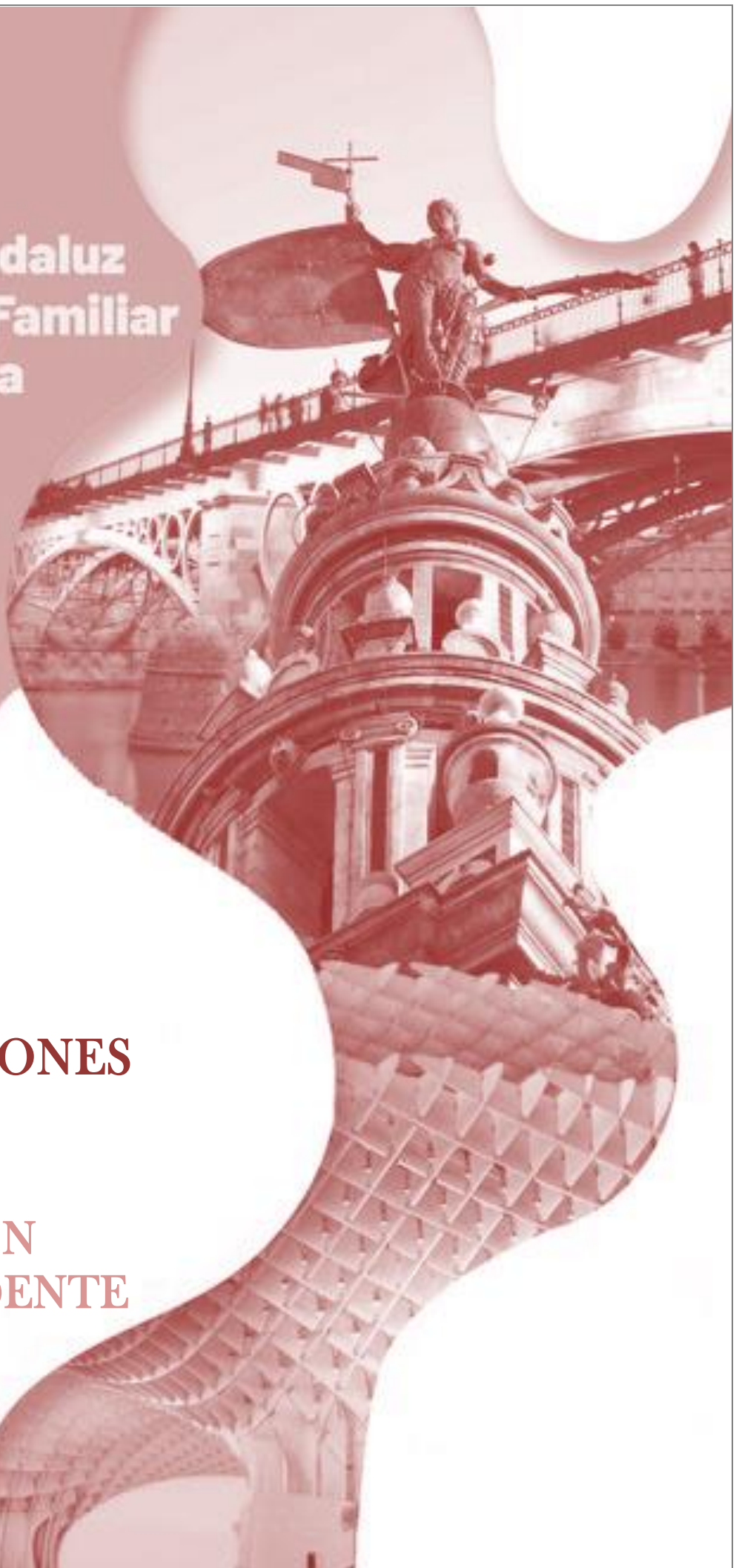
Palabras Clave

Medical Records, Electronic Health Records, Scales.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
ORALES:
PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
MÉDICO RESIDENTE**



ÁREA: URGENCIAS

Calidad de la comunicación entre el médico y el paciente en un servicio de urgencias del hospital

Pardo Morán M¹, Pedregal González M², Mejías Chimeno L³, Millán Queijo I⁴, Orte Navarro P⁵, Pereira Sobrado J⁶

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

² Médico de Familia. CS Adoratrices. Huelva

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Huelva

⁴ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

⁵ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino. Huelva

⁶ MIR 3er año de Medicina Física y Rehabilitación. Huelva

Objetivos

Analizar la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente en un servicio de urgencias hospitalario. Evaluar la comprensión del paciente sobre el diagnóstico al alta. Determinar el entendimiento del paciente sobre su tratamiento al alta. Relacionar la comprensión con la edad, el sexo y la formación del paciente. Relacionar la comunicación médico-paciente con la edad, los años de experiencia y la formación en comunicación del médico.

Material y métodos

Diseño: estudio observacional descriptivo.

Sujetos de estudio: grupo 384 de hombres y mujeres a partir de 18 años que acuden al servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez.

Criterios de inclusión: mujer y hombre. Mayor o igual de dieciocho años. Un médico como responsable del proceso asistencial. Pacientes que acepten y firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión: intoxicaciones agudas. AVC, patología psiquiátrica grave o deterioro cognitivo. Barrera idiomática. Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Variabes Relacionadas con el paciente: sexo. Edad. Acude acompañado. Es el cuidador. Formal/informal. Formación. Comprensión del diagnóstico y tratamiento domiciliario. Relacionadas con el médico: sexo, edad. Médico residente/adjunto. Formación en comunicación asistencial. Obtención de la especialidad.

Intervenciones: se utilizará un cuestionario de catorce preguntas, doce con respuestas sí/no, una pregunta abierta sobre comprensión y otra sobre el nivel de satisfacción. El cuestionario es voluntario y llevará aparejado la firma del consentimiento informado. Las preguntas a realizar han sido adoptadas por consenso entre Dr. Pedregal y Pardo, puesto que no se ha encontrado en la bibliografía cuestionarios que evalúen la comunicación médico-paciente. El cuestionario se aportará al final de la

atención en el servicio de urgencias a la vez que el informe de alta. Posteriormente los datos serán unificados y analizados por la investigadora principal. Se considerará que hay una buena comunicación médico-paciente cuando se responda SI en nueve de las doce preguntas dicotómicas, en las que obligatoriamente tienen que responderse "SI" en cinco de las primeras siete. En el ítem sobre la satisfacción de la calidad de la comunicación la respuesta debe ser MAYOR O IGUAL A SIETE. La pregunta decimotercera, al ser una pregunta abierta se utilizará para verificar las anteriores respuestas.

Análisis de datos: para el análisis de datos se utilizará el programa informático SPSS en versión 21 para iOS. Se hará un análisis descriptivo usando para las variables cuantitativas la media y la desviación típica. Con respecto al análisis inferencial, extrapolando los resultados obtenidos de nuestra muestra a la población, se calcularán intervalos de confianza al 95%. Para comparar medias se utilizará el test de la t-Student para muestras independientes. Se comprobarán las condiciones de aplicación.

Aplicabilidad de los resultados esperados

El objetivo de este estudio es analizar la comunicación médico-paciente en urgencias, optimizando recursos y avanzando en un compromiso dual. Si la comunicación es aceptable, la estancia en urgencias del paciente será menos traumática, así como la adherencia al tratamiento y plan de actuación en domicilio, siendo beneficioso para la evolución de su patología.

Aspectos ético-legales

Los pacientes incluidos en el estudio firman un CI. El cuestionario es anónimo. El estudio ha sido valorado por el Comité de Ética.

Financiación

Se ha solicitado la Beca Isabel Fernández 2021 de la SAMFYC, pendiente de resolución.

Palabras Clave

Speech Perception, Health Communication, Communication Research, Clinical Interview.

ÁREA: RESPIRATORIO

Prevalencia de exacerbación de EPOC en Atención Primaria durante la pandemia

Carrero Morera M¹, Pardo Álvarez J², García Prat M³, Luis Moreno C⁴, Guzmán Jabares R⁵, Medero Canela R⁶

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

³ Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Torrejón. Huelva

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

⁵ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino de la Vega. Huelva

⁶ Médico de Familia. Unidad Docente de Huelva

Objetivos

General: comparar la prevalencia de exacerbación de EPOC antes y durante la pandemia.

Específicos: determinar si la disminución de ingresos debidos a reagudizaciones de EPOC se corresponde con la reducción de consultas por el mismo motivo de forma ambulatoria. Determinar si a nivel ambulatorio se ha producido una intensificación en el tratamiento de base de estos pacientes durante la pandemia. Determinar si la disminución de ingresos hospitalarios se relaciona con la reticencia de los pacientes a acudir a centros hospitalarios o a la automedicación en los episodios. Describir factores que puedan afectar a que los pacientes sufran reagudizaciones como realizar ejercicio físico, uso de mascarilla, distancia social, lavado de manos, adherencia al tratamiento o abandono del hábito tabáquico.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal. Se recogerán datos de la población compuesta por pacientes adscritos al CS XXXXX que estén incluidos en el proceso asistencial integrado de EPOC. El tamaño muestral calculado para una prevalencia de exacerbaciones en pacientes EPOC del 74% (10), es de n=296 con una precisión del 5% y una confianza del 95%. Se aumentará un 20% para obviar las posibles pérdidas.

Una vez comprobado que el paciente cumple con los criterios de inclusión (ser mayor de edad, padecer EPOC y dar su consentimiento informado), se procederá a la obtención de datos tanto por entrevista telefónica como de la historia clínica (DAE). Una vez obtenidos todos los datos, se volcarán en la base de datos Epi info para su posterior análisis estadístico con el programa Spss.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Conocer la prevalencia durante la pandemia de las exacerbaciones de los pacientes con EPOC. Valorar qué factores de riesgo, como desencadenantes, podemos incidir en sus aspectos educativos que pueda mejorar la aparición de exacerbaciones. Conocer que aspectos han cambiado con la pandemia en la práctica de acciones preventivas por parte del paciente EPOC, que puedan mejorar su situación clínica y pronóstico.

Aspectos ético-legales

Se explicará a los pacientes en que consiste el estudio vía telefónica y las consideraciones éticas que tendremos en cuenta. En caso de que decidan participar asumiremos que nos están dando consentimiento verbal. En caso de entrevista presencial, el paciente deberá firmar el consentimiento informado. Se respetará la confidencialidad médico-paciente. Se adecuará la información al nivel de comprensión del paciente. La intervención no supondrá ningún riesgo para los pacientes. Se respetará la ley de Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Se respetará la ley de Autonomía del Paciente del 2002. Se respetará la ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Se respetará la declaración de Helsinki (1964) para las bases de la filosofía ética en la investigación médica en humanos, así como sus posteriores modificaciones. La metodología de este estudio y sus resultados, serán aprobados por el Comité de Ética de la Investigación (pendiente de aprobación).

Financiación

Actualmente solicitada beca SAMFyC, pero aún en valoración.

Palabras Clave

Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Symptom Flare Up, Coronavirus

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Actuación durante la primera ola de COVID-19 en el centro residencial de mayores/RGA Vitalia-Alcosa (TFR)

González Furundarena S¹, Iglesias Santiago S², Valenzuela de Damas M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Bermejales. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mercedes Navarro. Sevilla

Objetivos

Ver las características de la población de la residencia Vitalia-Alcosa durante el período de la primera ola del COVID-19 (marzo-mayo 2020) y evaluar la manera en la que se ha manejado la pandemia del SARS-COV-2 en esta residencia de mayores/RGA.

Material y métodos

Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: centro residencial de mayores/RGA Vitalia-Alcosa.

Población y muestra: población de la residencia Vitalia-Alcosa, en el periodo de marzo a mayo de 2020, seleccionando a los residentes en función de edad y patologías, y necesidad de aislamiento.

Intervenciones: analizar la gestión de los casos posibles y las medidas de contención y aislamiento.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Resultados: de 152 pacientes que vivían en la residencia Vitalia-Alcosa durante la primera ola, 98 eran mujeres y 54 hombres con una media de edad de 78 ± 15. De este grupo de pacientes, se aisló el 36%, bien por síntomas compatibles por COVID-19 (30%), por contacto estrecho con pacientes o trabajadores con sintomatología compatible (29%), tras alta hospitalaria (36%) o

por ser nuevo ingreso en la residencia (5%). El síntoma más prevalente en los pacientes con sintomatología compatible con COVID-19 fue la tos. De los pacientes aislados, 5 necesitaron ingreso hospitalario, pero ninguno fue por causas del COVID-19. Al 40% de los aislamientos se le realizó PCR a COVID-19 y al 23% se les realizó test de anticuerpos a COVID-19, siendo todos ellos negativos. Durante este período hubo únicamente dos fallecimientos, ninguno relacionado con el COVID-19.

Conclusiones: los síntomas en personas mayores pueden ser muy variados, por lo que se debe prestar especial atención y extremar la vigilancia de estos pacientes. Es fundamental la realización de pruebas diagnósticas de infección activa en personas trabajadoras asintomáticas antes de la incorporación laboral. Un equipo de sanitarios con estrecha colaboración y el seguimiento de unas directrices concretas, ha resultado en un manejo apropiado de la pandemia en esta residencia durante la primera ola.

Aspectos ético-legales

No procede.

Financiación

No.

Palabras Clave

COVID-19, Nursing Home, Prevention.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS / PLURIPATOLÓGICOS

Análisis descriptivo de la prescripción potencialmente inadecuada en pacientes altamente polimedcados en Atención Primaria y diseño de una intervención de mejora de la adecuación de uso de los medicamentos. TFR

Borrego Palenzuela R¹, Herrero Uzquiza I², Hernández Buiza E²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Polígono Norte. Sevilla

Objetivos

Objetivo principal: estimar el número de potenciales problemas de adecuación de la prescripción por paciente en la población polimedcada de alta carga terapéutica (15 medicamentos o más), atendida en atención primaria, identificados en base a la guía de la revisión de la medicación en atención primaria de los distritos Aljarafe, Sevilla y Sevilla Norte.

Objetivos específicos: describir los principales problemas de inadecuación y su frecuencia de presentación. Describir las principales características sociosanitarias de los pacientes con problemas. Diseñar una intervención multicomponente de mejora y promoción de la revisión, colaborativa, teniendo en cuenta los problemas identificados. Identificar los principales motivos que impiden la resolución de los problemas más prevalentes.

Material y métodos

Diseño/ámbito: estudio observacional descriptivo transversal, Atención Primaria.

Participantes y población de estudio: pacientes con 15 o más medicamentos prescritos y al menos un problema potencial de inadecuación (PPI).

Tamaño muestral: 112 pacientes, muestreo aleatorio simple.

Variables: número de prescripciones potencialmente inadecuadas por paciente.

Fuente de datos: historia clínica de salud de Andalucía.

Análisis estadístico: las variables continuas se describirán con medias y desviaciones estándar (DE) y las categóricas con frecuencias y porcentajes (%). La comparación entre variables continuas se realizó con la prueba t de Student, y entre variables categóricas con el test de chi-cuadrado. Se presentan las diferencias con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%. Los análisis se realizaron con el software SPSS v.23.

Limitaciones de tipo científico: es un estudio, que, no puede cegarse y es un estudio abierto para los médicos participantes. Para evitar los posibles sesgos

que esto pudiera provocar, se cegará el análisis estadístico.

Aplicabilidad de los resultados esperados

La creciente prevalencia de pacientes crónicos polimedcados ha conllevado al acúmulo de prescripciones que no siempre son adecuadas, llevando a tratamientos con más riesgos que beneficios clínicos para los pacientes. Los médicos de familia deben ser capaces de identificar estas prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) e intentar adecuar de manera global los tratamientos de estos pacientes más complejos. Con este objetivo de promover la prescripción adecuada, la idea principal de este trabajo consiste analizar los principales problemas de dicha prescripción inadecuada en pacientes polimedcados y desarrollar una intervención multicomponente en Atención Primaria en base a lo anteriormente comentado.

Aspectos ético-legales

El proyecto ha solicitado la autorización al Comité de Bioética de la Investigación con el código interno 1921-N-21, aún pendiente de dictamen. Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, solo tendrán acceso a los mismos el equipo asistencial responsable de cada paciente y los investigadores del estudio, para labores de monitorización/auditoría, el Comité Ético de Investigación Clínica del correspondiente centro o el que tutela el estudio y las autoridades sanitarias pertinentes. El equipo investigador no iniciará ninguna investigación correspondiente al estudio hasta que haya obtenido el consentimiento del paciente. Se presentan las hojas de información a profesionales y pacientes, así como los consentimientos informados en documento adjunto a esta memoria.

Financiación

No existe.

Palabras Clave

Polimedcación, Prescripción inapropiada, Adecuación de tratamiento farmacológico, Ciencia de la implementación.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Prevalencia de maltrato durante el embarazo e intención de cambio

Mendoza Huertas L¹, Zafra Ramírez N², Valverde Bolívar F²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle - Julián Cabrera. Jaén

² Médico de Familia. DS Jaén-Jaén Sur

Objetivos

Conocer la prevalencia de maltrato a la mujer durante el embarazo en un distrito sanitario y su intención de cambio.

Material y métodos

Diseño: estudio trasversal mediante encuesta y entrevista personal lugar de realización y marco o nivel de atención sanitaria: se llevará a cabo en todos los centros de salud de un distrito sanitario donde pase consulta la matrona.

Criterios de selección: mujeres embarazadas que acudan por protocolo a la consulta de embarazo con la matrona y quieran participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.

Número de sujetos necesarios: para conseguir una precisión del 5,0% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico Normal al 95% bilateral, asumiendo que la proporción de maltrato durante el embarazo es del 21,0%, será necesario incluir 255 mujeres en el estudio.

Muestreo: inicialmente se incluirán a todas las pacientes que acudan a consulta de las matronas del distrito sanitario durante el año 2022, se estima que se superará el tamaño muestral calculado.

Intervenciones: se utilizará el cuestionario validado WAST en cada cita que tienen las mujeres embarazadas con la matrona. Posteriormente, en caso de maltrato, además de la derivación al equipo provincial de violencia de género, se le hará una entrevista personal para

conocer aspectos del maltrato y su fase de cambio.

Variables que se estudiarán: cuestionario WAST, datos sociodemográficos de la paciente, datos relacionados con el tipo de maltrato y situación de cambio. análisis estadístico propuesto: se realizará un análisis descriptivo de los datos, análisis bivariante y multivariante de regresión logística considerando como variable dependiente la acción al cambio (sí/no).

Limitaciones del estudio. Sesgo de selección por deseabilidad social y miedo de la paciente que impida contestar con sinceridad. De igual forma, sesgo de selección al reclutar embarazadas en los centros que tienen matrona, obviando aquellos centros donde la consulta la realiza la enfermera o médico de familia.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Mejora de la salud de las mujeres embarazadas y recién nacidos. Posibilidad de inclusión por protocolo en el Proceso Asistencial de Embarazo.

Aspectos ético-legales

El protocolo está en espera de ser aprobado por el comité de ética de la investigación provincial. Se seguirán todas las normativas al respecto, incluyendo la firma del consentimiento informado.

Financiación

No existe financiación.

Palabras Clave

Maltrato contra la mujer, Embarazo, Violencia de Género.

ÁREA: OTROS...

Efectividad del uso financiado del tratamiento con varenicilina para la deshabituación tabáquica en Atención Primaria

Muñoz Galiano J¹, Pérez Milena A², La Rubia García M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

² Médico de Familia. Doctor en Medicina. CS El Valle. Jaén

³ Médico de Familia. Doctor en Medicina. CS El Belén. Jaén

Objetivos

Conocer el porcentaje de fumadores que consiguen el cese del consumo de tabaco tras el uso financiado de la varenicilina en Atención Primaria. Así como determinar algunos factores predisponentes al cese y mantenimiento del consumo y la adherencia al tratamiento.

Material y métodos

Se propone un diseño descriptivo transversal mediante auditoría de las historias clínicas y entrevista telefónica al participante.

Participarán en el estudio los fumadores atendidos en Centros de Salud de Atención Primaria de (Jaén) capital que hayan usado la varenicilina como tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica durante el año 2020.

Como criterio de inclusión se establece, pacientes fumadores que hayan realizado tratamiento con Varenicilina financiada por el Servicio Andaluz de Salud.

Teniendo en cuenta datos como población fumadora de (Jaén) (22%), prescripción durante 2020 de varenicilina en 120 pacientes (4%) y la estimación del cese de mantenimiento del consumo de tabaco recogido en diferentes fuentes bibliográficas y asumiendo un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, se obtiene un tamaño de muestra mínimo de 91 pacientes. Si se esperan un porcentaje de pérdidas del 5%, el tamaño muestral a conseguir será de 96 pacientes a través de un muestreo aleatorio simple.

La variable principal será el cese del consumo de tabaco. Se considerará exfumador a aquella persona que ha mantenido la abstinencia del tabaquismo al menos durante un periodo de 12 meses. El resto de variables independientes serán: edad y sexo. Enfermedades pulmonares crónicas y tratamiento farmacológico de las mismas. Test de Fagerström. Número de sesiones intervención individual o grupal. Dosis y duración del tratamiento con varenicilina, efectos secundarios.

Edad de inicio del consumo; índice de paquetes año (IPA), número de intentos previos para dejar de fumar. Fecha de cese del consumo, abstinencia definitiva, recaída y tiempo desde el cese del consumo hasta la recaída. En caso de recaída: motivos para fumar y motivos para dejar de fumar. Test de Fagerström y test de Richmond.

Para el análisis se utilizará el programa informático SPSS v21.0. Se realizará un análisis descriptivo y un análisis bivariante según la existencia o no de una abstinencia mantenida tras la toma de la varenicilina. Para las comparaciones de medias se comprobará la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro) y su homocedasticidad (test de Levene), empleándose el test t de Student o su correspondiente test no paramétrico (U de Mann Whitney) para variables cuantitativas y el test χ^2 para cualitativas. Un análisis multivariante mediante regresión logística empleando la variable dependiente principal y las variables independientes.

Las limitaciones están relacionadas con el sesgo de selección por la pérdida de muestra al realizar el tratamiento completo o el no deseo de participar. El sesgo de información por la falta de datos y el sesgo de memoria del entrevistado.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Efectividad y eficiencia de la varenicilina.

Aspectos ético-legales

Este proyecto es aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de (Jaén) y sigue la normativa vigente sobre protección de datos y autonomía del paciente.

Financiación

No existe.

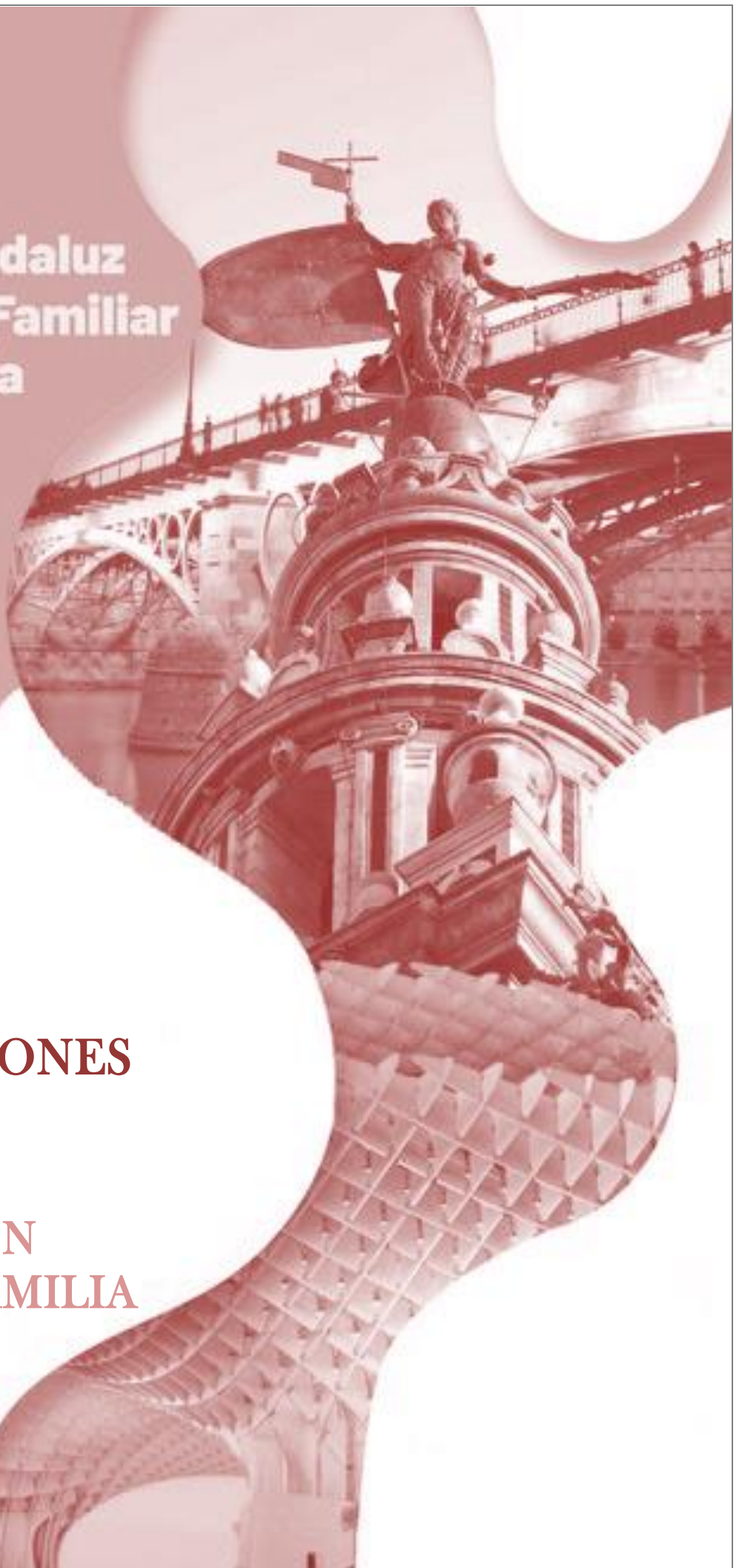
Palabras Clave

Primary Health Care, Smoking Cessation, Vareniciline

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
ORALES:
PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
MÉDICO DE FAMILIA**



ÁREA: URGENCIAS

Impacto del uso de la ecografía clínica en el punto de urgencias realizada por médicos de familia en el dolor abdominal

Carbajo Martín L, Martín Brioso E, Trujillo Díaz N

Médica de Familia en SCCUP-AP. AGS Norte de Huelva

Objetivos

Conocer el impacto del uso de la ecografía a pie de cama por médicos de familia del servicio de urgencias en la precisión diagnóstica, el tiempo de estancia y la realización de pruebas radiológicas, como medida complementaria a la actuación en urgencias del médico de familia.

Material y métodos

Estudio cuasiexperimental con grupo control de seguimiento a 6 meses realizado en el servicio de urgencias de un hospital comarcal.

Grupo experimental: pacientes con dolor abdominal al que se realiza ecografía clínica por médico de familia.

Grupo control: pacientes atendidos por dolor abdominal que reciben atención habitual, y que en caso de requerir estudio ecográfico se solicita al servicio de radiología. Se realizarán varias reuniones previas para consensuar los criterios diagnósticos de todas las patologías a estudiar en coordinación con la facultativa especialista en radiología: patología renal: hidronefrosis, cálculo renal. Patología biliar: litiasis biliar, colecistitis. Patología traumática abdominal: valoración de líquido libre.

Tamaño muestral: 272 pacientes. En la visita inicial se completarán los datos de anamnesis y exploración física y se realizarán las pruebas complementarias. A los pacientes incluidos en el grupo de intervención se les realizará una ecografía abdominal clínica por parte del médico de familia.

Se realizará un seguimiento a los 3 y 6 meses, mediante la revisión de las historias clínicas para registrar los parámetros y variables.

Se realizará un análisis descriptivo que incluirá proporciones, medidas de tendencia central y medidas de dispersión, según la naturaleza de las variables.

Las características del ámbito del estudio no permiten la aleatorización de los participantes, sin

embargo, se comprobará la homogeneidad de los grupos mediante el análisis de comparación de las variables de interés y de las variables de estratificación y potencialmente confusoras.

Uno de los mayores riesgos del estudio puede deberse a la variabilidad interoperador a la hora de realizar las pruebas ecográficas. Para minimizarla, una de las investigadoras colaboradoras, radióloga, realizará varias sesiones para consensuar los criterios diagnósticos con los médicos de familia.

Otra limitación será que el paciente debe tener un seguimiento de al menos 6 meses y si no hay registros en la historia clínica digital ese paciente puede ser considerado como una pérdida en el estudio. Sin embargo, en el consentimiento informado se le explicará que habrá un seguimiento y en caso necesario podría ser contactado telefónicamente para valorar su estado de salud.

Aplicabilidad de los resultados esperados

El proyecto y los resultados que se deriven de esta propuesta son aplicables de forma inmediata en el Servicio Sanitario Público Andaluz ya que la dotación de ecógrafos es amplia, así como la capacitación y formación de los profesionales. Desde la Unidad de Formación de los Servicios Centrales del SAS se ha puesto en marcha en el año 2021 un programa formativo al respecto con amplia difusión entre los profesionales.

Aspectos ético-legales

Solicitada aprobación al Comité de Ética de Investigación.

Financiación

Presentado a Convocatoria de proyectos de investigación e innovación en el ámbito de la atención primaria, hospitales comarcales y centros hospitalarios de alta resolución del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Palabras Clave

Ultrasonography, Abdominal Pain, Emergency Medical Services.

ÁREA: SALUD MENTAL

Proyecto “BENPRES”: perfil de consumo de benzodiazepinas en un área rural. Efectividad de intervención en la población sobre la ingesta de benzodiazepinas

Silva Gil F¹, Navarrete Martínez E²

¹ Médico EBAP. Consultorio Pedro Abad. CS Montoro. Córdoba

² Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla

Objetivos

Principal: a) Analizar el efecto que una intervención mediante consulta programada, y entrevista clínica múltiple, puede tener sobre el consumo de benzodiazepinas (BZD).

Secundarios: b) Conocer la prevalencia de consumo de benzodiazepinas en una población determinada. c) Analizar el perfil de los pacientes que consumen benzodiazepinas. d) Describir los conocimientos y actitudes de los profesionales de Atención Primaria de un área de salud respecto a la prescripción de benzodiazepinas

Material y métodos

Diseño: estudio analítico, cuasi-experimental, de intervención mediante charlas programadas, individuales, con periodicidad mensual, durante 6 meses. Asimismo, se programarán 2 talleres abiertos al conjunto de la comunidad sobre abordaje de situaciones y patologías subsidiarias de consumo de BZD. Para los objetivos secundarios, se realizarán previamente a lo anterior, sendos estudios descriptivos, de prevalencia; para el d) mediante cuestionario elaborado para tal fin, que se entregara vía mail a los profesionales.

Población de estudio. Población: usuarios adscritos a un consultorio rural (2729).

Muestra: todos los usuarios con prescripción en receta electrónica de BZD, en el periodo de 6 meses inmediatamente anterior al inicio de recogida de datos.

Criterios de selección: usuarios mayores de 14 años con prescripción de BZD durante más de 4 semanas seguidas.

Exclusión: menor de 14 años, o indicación por abstinencia alcohólica, o espasticidad, o seguimiento en atención especializada.

Intervención: intervención individual en consulta programada: captación: fase exploratoria: información sobre proyecto y consentimiento; anamnesis y hábitos saludables. Mensualmente: propuesta y explicación de cambios si los hubiere: apoyo verbal e información escrita: guías de autocuidado de la web disponibles para la ciudadanía, y control de sintomatología según los cambios

realizados. Evaluación de bienestar subjetivo del paciente, evaluación del consumo de benzodiazepinas después de 6 meses. Realización de 2 talleres en el periodo de intervención de 6 meses, y elaboración de boletín de salud, explicando sintomatología propia del insomnio, ansiedad y distintos abordajes.

Variables: variables socio-demográficas: edad, sexo. Variables relacionadas con enfermedad. Presencia o no de trastorno codificado en DIRAYA (fuente de codificación diagnóstico CIE la “Hoja de problemas”). Tratamiento en Atención Primaria, o Salud Mental. Variables relacionadas con el consumo de benzodiazepinas: monoterapia, o asociación de varias benzodiazepinas. Tiempo de consumo de benzodiazepinas, según prescripción en receta XXI. Asociación con antidepresivos.

Efectos secundarios: sedación excesiva, deterioro de la memoria, desinhibición paradójica, disfunción eréctil, incontinencia urinaria.

Mediciones y análisis: análisis estadístico univariado mediante frecuencia (absoluta y relativa) de las variables cualitativas; cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación típica) y amplitud en las cuantitativas. Y análisis bivariado (ji-cuadrado, T-Student, ANOVA, $p < 0,05$), para la comparación de variables cuantitativas. Los datos serán recogidos en tabla excel. Análisis con paquete estadístico SPSS.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Cualquier intervención en la comunidad que aumente el conocimiento del paciente sobre su salud, su auto cuidado y que mejore la prescripción médica, es beneficiosa para la población y el sistema sanitario.

Aspectos ético-legales

Consentimiento informado en la primera consulta programada y en cuestionario a los profesionales. Solicitud de autorización al distrito sanitario. Solicitud de valoración y aprobación por el Comité de Ética e Investigación Clínica.

Financiación

No.

Palabras Clave

Anti-Anxiety Agents, Anxiety Disorders, Sleep Initiation, Maintenance Disorders

28º

Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC

**COMUNICACIONES
ORALES:**

**RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA
MÉDICO
RESIDENTE**

ÁREA: RESPIRATORIO

Relación entre uso de mascarilla y sintomatología respiratoria en pacientes con asma de un CS de Huelva

Perejón Fernández A¹, Sánchez Romero A², Medero Canela R³, Bejarano Martín M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

³ Médico de Familia. Unidad Docente de Huelva

Objetivo

Objetivo principal: determinar la incidencia de crisis asmáticas desde enero de 2019 a febrero de 2020 y desde marzo de 2020 hasta febrero de 2021 y valorar si existe una disminución del número de crisis del segundo periodo con respecto al primero.

Objetivos secundarios: valorar si existe relación entre la incidencia de crisis asmáticas con el uso de mascarilla.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo. El estudio se ha realizado en el Ámbito de la Atención Primaria. Se pretende estudiar a la población asmática adscrita a un CS rural de la provincia de Huelva. Para ello se ha analizado a toda la población asmática perteneciente a dicho CS

Criterios de inclusión: población asmática mayor de 14 años.

Como variables, se han elegido las siguientes: variable dependiente, número de crisis asmáticas: cuantitativa continúa expresada en números enteros. Consideraremos crisis asmática cuando el paciente haya acudido a

urgencias o a consulta del CS debido a presentar tos, disnea y sibilancias. variable independiente: edad, sexo. Fumador, exfumador. Uso de tratamiento de base. Reagudizaciones prepandemia. Reagudizaciones pandemia.

Resultados

De la población sujeta a análisis, (n=422), la media de edad ha sido de 39.47 años donde el 50.2% son hombres y el 49.8% mujeres. El 10.4% de la población es fumadora y el 56.2% usa tratamiento de base para el asma. Las Reagudizaciones PREPANDEMIA se han dado en 34 de los 422 pacientes, por lo que la frecuencia es 8.1%. No han reagudizado el 91.9%. Las reagudizaciones PANDEMIA se han dado en 19 de los 422 pacientes, es decir 4.5% de los pacientes. No han presentado crisis el 95.5%.

Conclusión

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre el menor número de reagudizaciones Prepandemia y Pandemia respectivamente, (p<0.001).

Palabras Clave

Uso De Mascarilla (Use Of Mask), Asma (Asthma), Exacerbación (Exacerbation)

28º

Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC

**COMUNICACIONES
ORALES:**

**RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA
MÉDICO DE
FAMILIA**

ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA

Percepción de violencia de género en adolescentes con pareja y su relación con el consumo de alcohol y tabaco

Pérez Milena A¹, Darwish Mateos S², Barquero Padilla R², Martínez Fernández M², Martín Caño S², Bohórquez Ríos J²

¹ Médico de Familia. Doctor en Medicina. CS El Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle - Julián Cabrera. Jaén

Objetivo

Valorar la presencia y el tipo de actitudes de violencia de género en las parejas adolescentes y su relación con el consumo de alcohol y tabaco.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal en adolescentes con pareja de un instituto de educación secundaria mediante cuestionario autoadministrado y anónimo (años 2013 y 2016).

Se recoge edad y sexo; actitudes propias de la violencia de género (cuestionario propio validado, alfa de Cronbach=0,81); consumo de alcohol (patrón de consumo, UE/semana, consumo de riesgo), tabaco (patrón de consumo, cantidad diaria consumida, test Fagerström) y drogas ilegales. Análisis descriptivo y bivalente.

Resultados

817 adolescentes, 147 con pareja (20,6%) (50% mujer; 15,5±1,5 años). 55,8% indican algún comportamiento sexista en su relación de pareja, sin diferencias por sexo (54,8% hombres, 56,8% mujeres). Las mujeres notifican más comportamientos sexistas (2,5±0,3) que los hombres (1,1±0,1; p=0,031 t Student). Los más frecuentes son la merma de autoestima (celos 48%, excesivo control 15%), violencia

psicológica (aislamiento 12,2%, miedo 10,2%, intimidación 4,8%), ciberacoso (7,5%) y acoso sexual (4,8%). Un tercio de adolescentes bebe alcohol, 42% ligado a ocio nocturno con un 21,8% de consumo tipo atracón. Se prefiere alcohol de alta graduación (85%) en fin de semana (9±3,9 UBE) que entre semana (0,4±1,1 UBE). 10% fuman (5% superior en mujeres, p=0,015 ?2) unos 5,7±3,9 cigarrillos/semana, 79% baja dependencia. 14,2% han consumido otras drogas ilegales (mayoritariamente cannabis). El consumo de alcohol es superior entre los adolescentes que notifican violencia (64,6% vs 41,5%, p=0,005 ?2), con mayor consumo tipo atracón entre mujeres (33,3% vs 7,5%; p=0,090 ?2). No hay diferencias para el tabaco y drogas ilegales.

Conclusiones

La presencia de comportamientos relacionados con la violencia de género es elevada entre parejas adolescentes, afecta fundamentalmente a la mujer y puede estar normalizada en ambientes de ocio asociados con el consumo masivo de alcohol.

Palabras Clave

Adolescent, Gender-Based Violence, Drug Users.

ÁREA: DOCENCIA

Relación del tiempo de consulta a demanda de los médicos residentes de medicina de familia con sus habilidades comunicativas

Zafra Ramírez N¹, Pérez Milena A², Valverde Bolívar F¹, Rodríguez Bayón A¹, Expósito Sáez M³

¹ Médico de Familia. DS Jaén-Jaén Sur

² Médico de Familia. Doctor en Medicina. CS El Valle. Jaén

³ Enfermera de Familia. CS El Valle. Jaén

Objetivo

Conocer la relación de la duración de la consulta a demanda del médico residente (MIR) de Medicina Familiar con sus habilidades en comunicación y otros factores personales y clínicos.

Material y Métodos

Estudio descriptivo multicéntrico en 8 centros de salud, valorando por pares las videograbaciones de la consulta médica a demanda de MIR de 4^o año.

Se descartan la primera entrevista y las demandas exclusivamente administrativas y/o delegadas.

La variable principal es el tiempo de duración de consulta. La comunicación médico-paciente se valora mediante la escala CICAA-2. Otras variables del MIR (edad, sexo), paciente (sexo, acompañante, motivos de consulta) y entorno (rural/urbano). Análisis descriptivo, bivariante y multivariante. Custodia de grabaciones según código ICC/ESOMAR.

Resultados

260 entrevistas (duración $8,5 \pm 4,0$ min) de 73 residentes (50,7% mujeres, edad media $32,9 \pm 7,7$ años, 79% medio urbano). El paciente es más frecuentemente mujer (60%), que acude sola

(72%) por procesos agudos (80%) y con $2,1 \pm 1,0$ motivos de consulta. Habilidades en comunicación: 41% mejorables, 26% adecuadas, 23% excelentes. La excelencia en las tareas 1 (36,2%), 2 (11,5%) y 3-4 (34,2%) no supone una mayor inversión de tiempo en la consulta. La presencia de un acompañante incrementa $2,7 \pm 0,5$ minutos el tiempo medio de atención ($p < 0,001$ test de la t de Student). El tiempo de una consulta con un solo motivo de demanda ($6,4 \pm 3,2$ minutos) es inferior a cuando hay =2 motivos ($9,5 \pm 4,1$ minutos). Mediante regresión logística, la duración superior a 8 minutos se relaciona con mayor edad (OR=1,05), presencia de acompañante (OR=3,4), mayor puntuación CICAA-2 (OR=1,02) y =2 motivos de consulta (OR=2,5).

Conclusiones

La puesta en práctica de un estilo de comunicación adecuado en la consulta a demanda no incrementa el tiempo de atención al paciente. Una mayor duración está relacionada con la presencia de acompañante y la demanda de varios motivos de consulta.

Palabras Clave

Duración, Consulta, Comunicación, Médico Residente.

ÁREA: GESTIÓN, CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA

Efectividad de una intervención mediante carta para disminuir la frecuencia del absentismo en las citas de atención primaria (TFR)

García Prat M¹, Carrero Morera M², Luis Moreno C³, Pardo Álvarez J¹

¹ Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Objetivo

Determinar la efectividad de una intervención mediante carta para reducir la frecuencia del absentismo en Atención Primaria.

Material y Métodos

Diseño: ensayo clínico controlado, aleatorizado en dos ramas, seguimiento de 4 meses.

Ámbito del estudio: centro de salud.

Criterios de inclusión: ser mayor de edad, que no acudan a su cita médica, haber faltado a más de una cita de Atención Primaria en el último año.

Tamaño de la muestra: asignación aleatoria, grupo control: 299. Grupo intervención: 298. Total: 597 (pérdidas 72).

Variables. Variable principal: acude si/no. Se recogieron datos sobre factores pronósticos que pudieran afectar los resultados: edad, sexo, nacionalidad, pluripatología... Al grupo intervención se le envió una carta informando sobre la ausencia a la cita e información para anularla. Se determinó su efectividad a los 4 meses.

Análisis estadístico: estrategia de análisis por intención de tratar. variables cuantitativas: media y desviación típica. variables cualitativas: porcentajes. comparar dos medias: test de la t

para muestras independientes comparar cualitativas: test de la Ji-Cuadrado. Se calcularon intervalos de confianza al 95%. Efecto de la intervención: riesgo relativo (RR), la Reducción Absoluta del Riesgo (RAR) y el número de pacientes que será necesario tratar (NNT). Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Limitaciones: pacientes que no hayan necesitado otra consulta médica o los que no recibieron la carta.

Consideraciones éticas: aprobado por el Comité de Ética y de Investigación Clínicas de Huelva. Se obtuvo consentimiento informado.

Resultados

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de reincidencias entre los dos grupos ($p < 0,001$). RR=0,612 IC (0,502-0,746). NNT=5 IC(3-7).

Conclusiones

La intervención mediante carta reduce la frecuencia del absentismo. La población con mayor dificultad para asistir a las citas médicas es aquella dentro del rango entre 26 a 62 años, población laboralmente activa. Deberíamos insistir en la educación de los pacientes para el trámite de cambio/anulación de citas.

Palabras Clave

Appointments, Non-attendance, Absenteeism.

28º

Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC

**COMUNICACIONES
ORALES:**

**RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA
MÉDICO
RESIDENTE**

ÁREA: MEDICINA RURAL

Estudio de la incidencia del cáncer de mama en el ámbito rural (TFR)

Gil Domínguez H¹, Puertas Espada M², Oña Ferrete M³, Estepa Jiménez J², Rodríguez López I⁴, Cano González C⁵

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Corrales. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Saucejo. Sevilla

⁴ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

⁵ Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla

Objetivo

Analizar la incidencia del Cáncer de mama del distrito sanitario Sevilla Este.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Muestreo consecutivo. Distrito Sanitario Sevilla Este. Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama entre octubre de 2013 y febrero de 2021, con edades comprendidas al diagnóstico entre 20 y 90 años. Muestra de 361 mujeres.

Variable dependiente: inclusión y exclusión en el screening. Variables independientes: edad, métodos por los que se sospechó el diagnóstico. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de las pacientes seleccionadas a través de los programas informáticos Diraya y Estación Clínica, creando bases de datos anonimizadas de las distintas variables establecidas a través del programa ofimático Microsoft Excel, y el análisis posterior a través del programa estadístico R.

Resultados

La incidencia de cáncer de mama es significativamente mayor en las mujeres

excluidas del screening mamario con respecto a las incluidas. El rango de edad de 50-59 años es el que presenta una mayor incidencia (28.30%) en nuestra muestra de estudio. La incidencia registrada por los rangos de edad 40-49 años, 50-59 años y 60-69 años es proporcionalmente similar. La autoexploración es el método de sospecha diagnóstica más frecuente en el total de mujeres estudiadas, mientras que el programa de screening poblacional lo es específicamente en las mujeres incluidas en el mismo.

Conclusión

Se ha detectado una incidencia significativamente mayor en las mujeres excluidas del screening, siendo la autoexploración el método de sospecha diagnóstica más frecuente. A pesar de que el rango de 50-59 años es el que registra una mayor incidencia, el rango de 40-49 años ha presentado una incidencia similar proporcionalmente a las presentadas por los rangos de 50-59 años y 60-69 años, ambos incluidos en el screening poblacional en la actualidad.

Palabras Clave

Breast neoplasm, Diagnosis, Mass screening.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Adherencia al screening del cáncer de mama en el ámbito rural (TFR)

Cano González C¹, Estepa Jiménez J², Rodríguez López I³, Oña Ferrete M⁴, Gil Domínguez H⁵, Puertas Espada M²

¹ Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla ² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

⁴ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Saucejo. Sevilla

⁵ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Corrales. Sevilla

Objetivo

El objetivo principal es determinar la adherencia al screening mamario en el distrito sanitario Sevilla Este. Como objetivos secundarios, investigar y desarrollar medidas para potenciar la adherencia al mismo desde Atención Primaria.

Material y Métodos

Consiste en un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Como criterio de inclusión establecemos mujer perteneciente al distrito sanitario Sevilla Este con edad comprendida entre 50 y 69 años, en los últimos 5 años. Excluimos aquéllas con diagnóstico de cáncer de mama u otros motivos causantes de salida del screening, aun cumpliendo criterios establecidos a nivel nacional para su inclusión; edad <50 o >69; alto riesgo familiar; carecer de domicilio en historial médico; carecer de historial médico informatizado; desplazadas temporalmente desde otra Área de Gestión Sanitaria.

Nuestra muestra consta de 34.793 mujeres invitadas a participar en el screening entre los años 2016 y 2020, ambos inclusive. Se han empleado los registros existentes del Servicio de Radiología y la historia clínica electrónica como fuentes de datos fundamentales.

Para el procesamiento y posterior análisis de los datos se utilizó el programa ofimático Microsoft Excel y el programa estadístico R.

Como limitaciones del estudio establecemos los sesgos de información al medir las variables, la escasa validez externa y la limitada capacidad de extrapolación.

Resultados

Desde 2016, que se registra 83.6% de participación, objetivamos tendencia creciente en la cifra de participantes, alcanzando el máximo en 2019 (97.9%). En contraposición, en 2020 registramos un descenso notable que alcanza tan solo un 67.9% de participantes.

Conclusión

El análisis de adherencia en nuestro distrito en los últimos 5 años muestra una tendencia creciente en la participación desde 2016, alcanzando pico máximo en 2019. En contraposición, 2020 registra un notable descenso coincidiendo con la pandemia COVID-19. Desde nuestra labor como médicos de familia debemos llevar a cabo medidas destinadas a potenciar la adherencia entre nuestras pacientes.

Palabras Clave

Screening, Adherencia, Participación.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Consulta telefónica durante la pandemia: la opinión de los médicos de Atención Primaria

Añez Martínez B¹, Santaella Sánchez J¹, Kránicz H¹, Viejo Maya Z¹, Tormo Molina J², Thomas Carazo E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

³ Médico de Familia Adjunto. Tutor de MIR MFyC. CS Gran Capitán. UD de MFyC. Granada

Objetivo

Conocer la opinión de los profesionales sanitarios respecto a la consulta telefónica instaurada durante la pandemia en Atención Primaria y su repercusión sobre la calidad asistencial, buscando puntos de mejora.

Material y Métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centros de salud urbanos y metropolitanos de un distrito sanitario.

Participantes: médicos de familia y pediatras de Atención Primaria.

Muestreo: no procede por pretender encuestar a toda la población.

Método: encuesta de 20 preguntas autoadministrada on-line y anónima, pilotada previamente.

Estadística: diseño univariante con medición de frecuencia y dispersión y bivariante con Ji Cuadrado y t de Student.

Resultados

158 sujetos encuestados, 65,8% mujeres, de 48,5±13,4 años de edad media. La media de años de vida profesional 21,6±12,1 y la media de años trabajando con el mismo cupo 5,5±6,6. El 68,2% consideraba que el aumento de la consulta

telefónica durante la pandemia había disminuido la calidad asistencial; el 73,5% que no es posible aumentar el número de pacientes atendidos y mantener la calidad aumentando las consultas telefónicas y el 71,5% que el tiempo asignado a la consulta telefónica es insuficiente. El 64,6% opinaban que convendría mantener la consulta telefónica, pero en menor proporción con respecto a la presencial. Significativamente, los profesionales con más años de edad y años de profesión era más probable que opinaran que la consulta telefónica durante la pandemia había disminuido la calidad asistencial ($p < 0,005$). Estos profesionales eran también los que utilizaban en mayor proporción la consulta telefónica en prepandemia ($p < 0,001$).

Conclusión

La mayoría de los médicos consideran que el aumento de la consulta telefónica ha disminuido la calidad asistencial, que no es posible aumentar el número de pacientes atendidos mediante la consulta telefónica manteniendo la calidad y, que el tiempo dedicado a esta es actualmente insuficiente. No obstante, más de la mitad ven oportuno mantenerla, mayoritariamente para dar resultados o prescribir fármacos.

Palabras Clave

Telehealth, Quality of Healthcare, Pandemics.

ÁREA: MEDICINA RURAL / OTROS...

Consulta telefónica durante pandemia covid-19: opiniones de los usuarios

Viejo Maya Z¹, Kránicz H¹, Santaella Sánchez J¹, Añez Martínez B¹, Tormo Molina J², Thomas Carazo E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia. CS Gran Capitán. Granada

³ Médico de Familia Adjunto. Tutor de MIR MFyC. CS Gran Capitán. UD de MFyC. Granada

Objetivo

Conocer la opinión de los usuarios respecto a la consulta telefónica instaurada durante la pandemia y su posible repercusión en la calidad asistencial. En función de los resultados plantear acciones de mejora.

Material y Métodos

Diseño: estudio descriptivo.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Sujetos: usuarios que acudieron al CS Mayo-Junio/2021 y que habían sido atendidos telefónicamente en el último año.

Método: encuesta anónima, autoadministrada, distribuida a los usuarios. 17 preguntas de respuesta cerrada.

Muestreo no probabilístico.

Estadística: análisis univariante con medidas de frecuencia y dispersión y bivariante con t de Student y Ji cuadrado.

Limitaciones: no incluidos usuarios que no acudieron o no podían acudir al CS

Resultados

309 encuestas analizadas, 65% mujeres; media de edad: 48,5 años (SD. - 17,1). 67% estudios universitarios. Capacidad para resolver dudas de

la consulta telefónica: media de puntuación (rango 0-10). - 7,2 (SD. - 2,8). 96% prefieren poder elegir el tipo de consulta (telefónica o presencial). 49% consideran que la consulta presencial resuelve mejor las dudas, 39% que depende del tipo de consulta y 12% telefónica y presencial igual capacidad. 65% consideran que el tiempo dedicado a consulta telefónica durante la pandemia es suficiente. 76% mantendría la consulta telefónica tras la pandemia para determinados motivos de consulta. Los pacientes atendidos por el mismo médico era más probable que consideraran que el tiempo proporcionado en consulta telefónica era suficiente ($p < 0,005$), que estuvieran más a favor de mantenerla ($p < 0,05$) y puntuaban mejor la capacidad para resolver dudas ($p < 0,001$) que los atendidos por diferente médico.

Conclusión

Casi la totalidad de los encuestados prefieren elegir el tipo de consulta y una pequeña mayoría considera que la presencial es más resolutive. Tras la pandemia de la COVID-19 la mayor parte mantendría la consulta telefónica para determinados motivos. El ser atendido por el mismo médico telefónicamente hace más valorable este tipo de consulta.

Palabras Clave

Consulta telefónica, Pandemia COVID-19, Usuarios.

ÁREA: CIRUGÍA MENOR

Factores predictores de complicaciones en pacientes sometidos a cirugía menor realizada en Atención Primaria. Análisis multivariante. TFR

Ortiz Méndez M¹, Gomez Rosado J², Capitán Morales L²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares San José. Linares (Jaén)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares San José. Linares (Jaén)

Objetivo

Generales: analizar los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones en los procedimientos de cirugía menor llevadas a cabo en el ámbito de la Atención Primaria en el período de 30 días tras la intervención.

Específicos: desarrollar una calculadora de riesgo para la correcta selección de pacientes candidatos a cirugía menor en el ámbito de la Atención Primaria.

Material y Métodos

Observacional, unicéntrico y prospectivo no ciego. Serie de casos.

Emplazamiento: centro de salud Linares C San José, (Jaén). ¶

Paciente mayor de edad, lesión dermatológica benigna diagnosticada por médico de familia, dermatología y/o cirugía general.

Muestra de 316 pacientes, sin casos de abandonos actualmente. ¶

Las variables categóricas dependientes se compararán mediante test de Chi cuadrado, y se realizará un análisis de riesgo para evaluar el impacto de cada variable independiente. Todas las variables con significación estadística se incluirán en un modelo multivariante de regresión logística.

Resultados

Complicaciones intraoperatorias: más frecuentes en hombres, en HTA y en el uso del electrobisturí. Infección: más frecuente en la toma corticoides. Seromas, hematomas y las reintervenciones: no afectados por ninguna de las variables. Hemorragias abiertas: más frecuentes en los pacientes asmáticos, en la toman AINEs. Discinesias: frecuente en pacientes con antecedentes de dermatitis. Ninguna de las variables influye en los días de la retirada de los puntos. Tanto las cardiopatías como los no diabéticos se reincorporan más tarde a la actividad normal. En el primer y tercer día postquirúrgico presentan más dolor los no diabéticos y cardiopatas en los casos de heridas cercanas a mucosas. El requerimiento de analgésicos: más frecuente en hombres y cardiopatas. El tipo de cierre no puede ser valorado correctamente.

Conclusión

Conocer, previo a la cirugía menor, los factores que puedan empeorar o favorecer la evolución de la herida, realizadas en Atención Primaria, mediante una calculadora de riesgo.

Palabras Clave

Cirugía Menor, Complicaciones Postoperatorias, Atención Primaria

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
ORALES:
RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA OTROS
PROFESIONALES
SANITARIOS
DE AP**

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Calidad de vida en pacientes incluidos en el PAI-IC en Atención Primaria

Fernández García A¹, Romero Alba M², Narbona Cantano M³, Delgado Mediano C⁴, Díaz Toré F⁵, Zubeldia Santoyo F⁶

¹ Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

² Enfermera. Hospital Comarcal Axarquía. Málaga

³ Médico de Familia. DS Costa del Sol. Málaga ⁴ Médico de Familia. DS Este-Axarquía. Málaga.

⁵ Enfermero. OSI Badasoa Osakidetza. País Vasco

⁶ Enfermero de Familia. CS Algarrobo. Málaga

Objetivo

Evaluar la CV de los pacientes con insuficiencia cardiaca incluidos en el proceso asistencial integrado (PAI-IC), en estabilidad clínica y en su medio habitual.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal desarrollado en 30 centros de salud del Área Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. 143 pacientes, mayores de 18 años incluidos en el PAI-IC. La CV se midió a través de la escala específica Minnesota Living with Heart Failure y la general EuroQol 5D-5L. Se evaluaron otras variables como el nivel de autocuidado, el grado de dependencia, el perfil sociodemográfico y clínico-terapéutico. Se realizó un análisis descriptivo, uno bivalente considerando como variable dependiente la CV y uno de regresión lineal múltiple para controlar posibles factores de confusión.

Resultados

Se trata de una muestra homogénea respecto al género, edad media 76,3±9,6 años, un 17,4% con grado III-IV de la NYHA y un 72% con fracción de eyección preservada. La puntuación media total del MLHFQ fue 32,44±21,49; dimensión

física: 17,78±11,72 y dimensión emocional: 8,43±6,71. Media de la EVA del EQ-5D-5L: 57,8 puntos. El principal factor asociado a la CV fue el grado de dependencia (p= 0,0001). El hipercolesterolemia, la adherencia terapéutica, la hipertensión arterial y la edad se asociaron con algunas dimensiones de CV. El género y la clasificación de la NYHA no fueron significativas.

Conclusiones

Los pacientes con IC en estabilidad clínica y en su medio habitual presentan una deteriorada CV siendo el grado de dependencia el determinante con mayor impacto en la salud autopercebida. A pesar de no obtener resultados significativos, las mujeres presentan peor percepción de su CV que los hombres. El grado funcional III-IV también obtuvo peores resultados pudiendo deberse la falta de asociación al infrarregistro. Con respecto a las variables clínicas, los resultados obtenidos fueron inconsistentes.

Palabras Clave

Insuficiencia Cardiaca, Calidad De Vida, Atención Primaria.

ÁREA: INEQUIDADES EN SALUD / SALUD INTERNACIONAL

Diferencias en hábitos dietéticos, ejercicio físico, y calidad de vida entre pacientes con obesidad y sobrepeso

Herrera Espiñeira C¹, De Pascual Y Medina A², López-Morales M³, Díaz-Jiménez P⁴, Rodríguez-Ruiz A⁵, Expósito-Ruiz M⁶

¹ Facultad de Ciencias de la Salud. Dpto. Enfermería. Universidad de Granada

² Enfermera Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Miembro de GREISSEC Grupo Español de Investigación de Cuidados en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (INVESTEN). Las Palmas de Gran Canaria

³ Profesor. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada. DS Granada-Metropolitano

⁴ Fundación para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental. (FIBAO)

⁵ Servicio de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada

⁶ Dpto. Estadística e Investigación Operativa

Objetivo

Comparar pacientes con sobrepeso respecto a aquellos con obesidad, en actividad física y hábitos en alimentación que tuvieron antes de la hospitalización, variables clínicas, y CVRS el día del alta hospitalaria.

Material y Métodos

Estudio transversal con pacientes no diabéticos con exceso de peso incluidos en un ensayo clínico. Se clasificaron los participantes de cuatro servicios de Medicina Interna en base al Índice de Masa Corporal (IMC), considerando sobrepeso un IMC entre 25-29,9 Kg/m², y obesidad un IMC=30 kg/m². Se midieron variables clínicas (toma de medicación para la ansiedad o depresión, Índice de Comorbilidad de Charlson, días de estancia), actividad física, (cuestionario IPAQ), hábitos de alimentación y ejercicio (cuestionario Pardo) y CVRS (cuestionario EQ-5D-5L). Finalmente participaron 275 pacientes.

Resultados

La muestra la constituyeron 98 pacientes con sobrepeso y 177 con obesidad (58,2 vs. 52%

fueron hombres). Los pacientes con sobrepeso tuvieron mejores hábitos en: la práctica habitual de ejercicio físico (p=0.007), en el cumplimiento de normas básicas en alimentación saludable (p=0.004) y en comer por bienestar psicológico (p=0.017).

En el resto de variables, sólo la toma de medicación para la ansiedad estuvo cercana a la significación estadística. No hubo diferencias entre los grupos en las dimensiones de la CVRS, pero se encontró un porcentaje alto de pacientes entre el 16 y el 365 en las categorías más graves de las dimensiones movilidad, cuidado personal y actividades de la vida cotidiana.

Conclusiones

Recomendaciones: desde Atención Primaria se requiere más formación en los pacientes sobre normas dietéticas saludables básicas y promoción del ejercicio físico, junto con una mayor atención al estado anímico y a la CVRS.

Palabras Clave

Obesidad, Sobrepeso, Calidad De Vida, Ejercicio Físico, Hábitos Alimenticios, Pacientes.

ÁREA: OTROS...

Efectividad a los 3 meses de seguimiento de un ensayo clínico de intervención en hábitos saludables en pacientes con sobrepeso

Herrera Espiñeira C¹, Olmedo-Alguacil M², Martínez Cirre M³, Expósito-Ruiz M⁴, Cobo-Porcel I⁵, López-Morales M⁶

¹ Dpto. Enfermería. Universidad de Granada

² Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta

³ Unidad de documentación. Hospital Virgen de las Nieves de Granada

⁴ Dpto Estadística. Facultad de Medicina. Universidad de Granada

⁵ Instituto de Investigación Biosanitaria IBS. Granada

⁶ Dpto Enfermería de la Universidad de Granada. DS Granada Metropolitano

Objetivo

Objetivo general: evaluar el impacto, en el peso, TA, CVRS, visitas a urgencias y reingresos, de una intervención de promoción en alimentación saludable y actividad física iniciado antes del alta hospitalaria en pacientes ingresados en Medicina Interna.

Material y Métodos

Ensayo clínico con pacientes de cuatro servicios de Medicina interna

Al grupo con intervención se les proporcionó formación en alimentación y actividad física saludable e información sobre posibles repercusiones del exceso de peso sobre su salud.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con IMC=25Kgr/m² desde febrero del 2018 a febrero del 2020, no diabéticos. Protocolo de evaluación y variables consideradas. Se registró variables sociodemográficas, clínicas, la CVRS con el cuestionario EQ-5D-5L, los hábitos saludables relacionados con el sobrepeso (cuestionario PARDO).

A los 3, 6 y 12 meses ambos grupos se les recogió los mismos cuestionarios que al inicio.

Finalmente se incluyeron en el estudio 142 pacientes de intervención y 134 de control (149 hombres y 127 mujeres).

Resultados

Desciende tanto la TAS como TAD más en el grupo de intervención ($p<0.001$). No se modifica el peso. Cuestionario PARDO: en el Bienestar Psicológico existe una interacción significativa entre tiempo y grupo, mientras que en el grupo intervención, aumentan las puntuaciones, en el placebo disminuyen ($P=0.03$). La Alimentación Saludable mejora en ambos grupos, pero es mayor en la intervención ($p<0.001$). No hubo diferencias en el resto de variables consideradas.

Conclusiones

A los tres meses del alta ha sido efectiva la intervención, en comparación con el grupo placebo, en disminuir la TA y mejora la alimentación en hábitos saludables y el bienestar psicológico en el tiempo.

Palabras Clave

Ensayo Clínico, Educación Para La Salud, Sobrepeso, Pacientes.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
CASOS CLÍNICOS
MÉDICO DE FAMILIA**



ÁREA: MÉDICO RESIDENTE

Diarrea crónica. La importancia del Diagnóstico diferencial

Chico Tierno S¹, de Dios González E², Carrión Jiménez R³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bujalance. Córdoba

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diarrea y dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 19 años. Acude a consulta en tres ocasiones en un mes, refiriendo deposiciones diarreicas en unas 5-6 veces/día, entremezcladas con material mucoso. Asocia dolor abdominal tipo cólico en flanco derecho y urgencia defecatoria, tenesmo rectal y sensación de evacuación incompleta. Pérdida ponderal de 12 kg.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin interés. Anamnesis referida previamente. Hasta inicio del cuadro, niega haber tenido crisis de diarrea o dolor abdominal.

Exploración: buen estado general, normohidratada y normoperfundida. Afebril. TA 128/87 mmHg. FC 90 lpm. Abdomen: doloroso a la palpación profunda en mesogastrio e hipocondrio derecho donde impresiona sensación de empastamiento doloroso.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: (AP): analítica normal, excepto PCR 34,5. RX tórax y abdomen: sin hallazgos patológicos. Toxina Clostridium Difficile, coprocultivo y hemocultivo: negativo. Colonoscopia: en ángulo hepático, pólipo colónico de gran tamaño con superficies ulceradas y necróticas con mucosidad adherida. (Hospital): TC abdomen: gran masa en ángulo hepático de colon, que produce obstrucción intestinal con válvula ileocecal incompetente y dilatación de asas de íleon. Adenopatías ileocólicas. Anatomía patológica: infiltración intestinal transparietal por linfoma de Burkitt.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de EII, CCR ni otros tumores digestivos. No ambiente epidémico familiar ni comunitario favorecedor. No ha realizado viajes al extranjero ni ha tomado recientemente medicación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ante el hallazgo de la colonoscopia y empeoramiento clínico, se derivó para valoración, ingresándose en Ap. Digestivo. Durante el ingreso, comenzó con vómitos alimentarios e intolerancia oral, secundarios a obstrucción intestinal completa que provocó intervención urgente realizando una hemicolectomía derecha. *Diagnóstico diferencial* con causas de diarrea crónica: síndromes malabsorción y mal digestión, patología endocrinológica, alteraciones de motilidad, patología inflamatoria/infecciosa y orgánicidad.

Juicio clínico: linfoma Burkitt intestinal estadio I.

Tratamiento, planes de actuación: hemicolectomía derecha. Tratamiento quimioterápico según protocolo Burkimab.

Evolución

Tras resección completa y buena respuesta al tratamiento, se proponen revisiones periódicas. Actualmente sin recaída.

Conclusiones

La normalidad de todas las pruebas iniciales despistaba el diagnóstico. Realizando un Diagnóstico diferencial completo, solicitamos la colonoscopia donde se evidenció la causa orgánica del cuadro. Remarcar la importancia de luchar por un diagnóstico final ante una patología tan frecuente como es la diarrea.

ÁREA: MÉDICO RESIDENTE

Agresividad y adolescencia ¿cuál será el motivo?

Junyent Gómez R¹, Vázquez Cros A², Ávila Ossorio B¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad y agresividad.

Historia clínica

No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes personales.

Enfoque individual: paciente de 16 años que consulta por presentar desde hace 1 mes sensación ansiosa constantemente, insomnio, ánimo depresivo e incluso agresividad en su entorno, con tendencia a autolesiones. Niega consumo de tóxicos. No otra sintomatología. Hace 2 meses inició tratamiento para acné facial con isotretinoína oral 40 mg recetado por dermatólogo a través de teleconsulta. Exploración anodina. Analítica con perfil tiroideo, perfil de hierro y abdominal sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: acude la madre del paciente a las consultas realizadas, confirmando la agresividad y nerviosismo que tiene el paciente. Apoyo familiar y entorno favorable para recuperación óptima.

Juicio clínico: depresión y tendencia suicida.

Diagnóstico diferencial: secundario a fármacos: más frecuentes psicoestimulantes,

glucocorticoides sistémicos, anticonceptivos orales. Consumo de tóxicos: alcohol, cocaína, opioides, anfetaminas, cannabis. Alteraciones endocrinas: hipotiroidismo, enfermedad Addison, diabetes. Neurológicas: síndrome poscontusión, epilepsia, tumor cerebral. Autoinmunes: lupus eritematoso sistémico. Infecciosas: hepatitis, mononucleosis. Celiaquía. Anemia.

Tratamiento, planes de actuación: suspensión de isotretinoína.

Evolución

Ante la normalidad de las pruebas y la probable relación de la aparición de síntomas con la medicación que estaba tomando el paciente, se decide suspender con cambio drástico del síndrome depresivo e intentos autolíticos y mejoría completa del paciente.

Conclusiones

Este caso resulta útil en el ámbito de medicina de Familia pues, ante los síntomas descritos siempre hay que realizar diagnóstico diferencial y descartar aquellas causas que puedan ser modificables. Un ejemplo de ello es la suspensión de alguna medicación como es la isotretinoína que pueda tener como efecto secundario poco frecuente depresión y ansiedad.

Palabras Clave

Ansiedad, Depresión, Adolescente.

ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA

Masa mediastínica en paciente joven

De Dios González E¹, Chico Tierno S², Caro Tejero F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bujalance. Córdoba

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Occidente Azahara. Córdoba

³ Médico de Familia. CS Guadalcazar. Córdoba

Ámbito del caso

Revisión de hormona tiroidea en consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Revisión de hormona tiroidea en el ámbito de la Atención Primaria, que aprovecha para decirnos que presenta dolor tipo mecánico en hombro izquierdo de dos meses de evolución, que nosotros tratamos con naproxeno mejorando claramente sin otra incidencia pero que actualmente ha presentado bultoma en la región preesternal.

Historia clínica

Antecedentes familiares: madre con Artritis reumatoide.

antecedentes personales: tiroidectomía total por nódulo hiperfuncionante.

Anamnesis: revisión tiroidea, asocia dolor tipo mecánico de dos meses de evolución en hombro derecho que asocia opresión y sensación de disnea intensa con el decúbito nocturno. Refiere el dolor cedió con naproxeno, pero actualmente presenta bultoma preesternal.

Exploración: bultoma. RX: masa mediastínica de gran tamaño.

Enfoque individual: se plantea ampliación pruebas complementarias y derivación a medicina interna preferente.

Enfoque familiar y comunitario: se informa a paciente acerca de la sospecha diagnóstica y la necesidad de apoyo y seguimiento médico y familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: masa mediastínica, diagnóstico diferencial entre: teratoma, timoma, terrible linfoma, tiroides.

Tratamiento, planes de actuación: control del dolor y la disnea, control de los síntomas derivados de la actuación oncológica y radioterápica. Se plantea seguimiento quincenal domiciliario y telefónico semanal.

Evolución

Favorable.

Conclusiones

Importancia de exploración física integral de los pacientes, intervención diagnóstica con pruebas complementarias, intervención terapéutica sintomática, así como del apoyo familiar que ejerce el Médico de Familia durante el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente desde su consulta.

ÁREA: ADOLESCENTE

Sífilis en adolescente

Ufano López R¹

¹ Médico de Familia. CS Polígono Sur. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria de CS en zona de transformación social.

Motivos de consulta

Consulta por lesiones eccematosas en región facial, exantema en palmas de manos y pies y lesiones ulcerosas en pene.

Historia clínica

Adolescente de 19 años sin AP de interés, consulta por 2 lesiones eccematosas en región facial, exantema puntiforme eritematoso en palmas de manos y pies no pruriginoso, lesiones ulcerosas con bordes sobreelevados en pene típicas de posible chancro sífilítico. Reconoce relaciones sexuales sin protección.

Enfoque individual: solicito serología de sífilis, hepatitis B y C, VIH. Derivo al paciente a consulta de ETS para diagnóstico y tratamiento. El paciente acude a consulta gratuita de ETS con resultado positivo para sífilis. Acude a mi consulta al día siguiente e iniciamos tratamiento y búsqueda de contactos.

Enfoque familiar y comunitario: se inicia búsqueda de contactos sexuales del paciente para realizar serología y tratamiento. Se recomienda evitar relaciones sexuales sin protección hasta resolución de la infección. Se deriva al paciente y a los contactos a consulta de forma joven para educación sexual.

Juicio clínico: sífilis primaria.

Diagnóstico diferencial: dermatitis. Exantema vírico. Dermatofitosis. Belanitis.

Identificación de problemas: uno de los principales problemas es la búsqueda de contactos sexuales para realizar serología y tratamiento y evitar la transmisión de la enfermedad. Es importante iniciar el tratamiento lo antes posible y evitar relaciones sexuales de riesgo para evitar la transmisión.

Tratamiento: penicilina G Benzatina 2,4 millones de unidades im en dosis única.

Planes de actuación: educación sexual al adolescente. Evitar relaciones sin protección. Búsqueda de contactos sexuales para realizar serología, tratamiento y evitar la transmisión.

Evolución

Actualmente el paciente ha recibido la dosis de penicilina y estamos pendientes de la evolución. La serología de Hepatitis B, C y VIH son negativas. El estudio de contactos se realizará en consultas de ETS con la máxima confidencialidad.

Conclusiones

La sífilis es una ETS que puede causar complicaciones a largo plazo si no se trata de manera adecuada. A la sífilis se la llama “la gran imitadora” porque tiene muchísimos síntomas posibles y muchos se parecen a los de otras enfermedades. Es muy importante la **educación sexual** en adolescentes para evitar la transmisión de la sífilis y el resto de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Palabras Clave

Sífilis, ETS, Adolescente.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Doctora, ¿me pueden doler las articulaciones siendo tan joven?

Pardo Morán M¹, Castaño Durán C¹, Ballesteros Navarro C²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Artropatía inflamatoria.

Historia clínica

Mujer de 18 años, sin antecedentes personales de interés. En consulta cuenta cuadro de artralgiias migratorias (rodillas, hombros, manos) y rigidez matutina que cedió con AINES. Nuevo episodio actualmente, esta vez el dolor aparece en las manos de forma simétrica extendiéndose a otras articulaciones, más intenso en hombro izquierdo, aftas bucales y caída del cabello. No disnea, no disfagia, no lesiones cutáneas.

Enfoque individual: buen estado general, TA 110/70, Saturación O₂ 98%. ACP y exploración abdominal sin hallazgos. Manos edema e inflamación de todas las articulaciones IFP, más acusado en 2º dedo izquierda, limitación para flexo-extensión completa de los dedos. Hombro izquierdo no dolor a la palpación acromioclavicular, no limitación funcional. Resto de exploración articular normal. No lesiones cutáneas. Aftas orales. Alopecia areata en región temporal derecha de 2 cm.

Pruebas complementarias: analítica con hemograma, bioquímica, coagulación normal, factor reumatoide y anticuerpos antipeptido citrulinado, HLA-B27 negativos, PCR 100 y VSG 56, ANA 1/160 con antiDNA positivo. Solicito radiografía de manos que es normal. En Reumatología amplían analítica con anticoagulante lúpico negativo, vitamina B12 y PTH normal, vitamina D baja, anticuerpos anti-histonas y antinucleosoma positivos, orina de 24 horas proteínas 243, cociente proteínas/creatinina normal, serología normal.

Enfoque familiar y comunitario: madre con psoriasis cutánea.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: LES. Artritis reumatoide, artritis psoriásica/seronegativas, otras conectivopatías.

Tratamiento, planes de actuación: inicio deflazacort 30 mg/24 h, 10 días y pauta descendente. En Reumatología inician metotrexate, ácido fólico, hidroxiclороquina, prednisona 5 mg/24 h y colecalciferol/7 días. Evitar hábitos tóxicos y exposición solar.

Evolución

La paciente presenta mejoría sintomática con el tratamiento iniciado desde AP y estabilidad evolutiva de la artritis con la terapia de reumatología.

Conclusiones

El LES es una enfermedad sistémica autoinmune, afecta fundamentalmente a mujeres de 20-30 años. Presenta una afectación multisistémica con manifestaciones cutáneas (rash malar, lupus discoide, paniculitis, Raynaud o úlceras orales), sistémicas (astenia, labilidad emocional, fiebre, adenopatías, insuficiencia renal, pericarditis, derrames serosos, arritmias, vasculitis, anemia hemolítica, enfermedades tromboembólicas (SAF)...), musculoesqueléticas (artritis, artralgiias, derrames articulares). El tratamiento inicial son medidas fotoprotectoras, vacunación y Médico con hidroxiclороquina, glucocorticoides y terapias inmunosupresoras y/o biológicos. Es una enfermedad crónica que cursa con brotes, necesita seguimiento continuado.

Palabras Clave

Systemic Lupus Erythematosus, Disease Activity, Arthritis.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Dolor articular en paciente joven

Pedrosa Arias M¹, Escudero Sanchez C², Crespo Jiménez C²

¹ Médica de Familia. CS Barrio Monachil. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio Monachil. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria. Consulta externa
Reumatología.

contra péptido citrulinado); positivo con lo que se confirma diagnóstico.

Motivos de consulta

Dolor de muñecas y disfonía.

Enfoque individual: paciente casada con un hijo. Buena dinámica familiar Trabaja de educadora en un centro de menores.

Historia clínica

Mujer de 42 años con antecedentes de asma, hipotiroidismo secundario a tiroidectomía total, obesidad. acude a la consulta por primer motivo de disfonía que le preocupa ya que en su trabajo utiliza la voz.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su pareja e hijo. Ambos trabajan. Con buen apoyo vecinal ya que le ayudan con el hijo. No refiere problemas importantes.

Tras anamnesis, exploración y tratamiento, en el momento de despedirse comenta que hace cinco meses comienza con artralgias migratorias y autolimitadas en muñecas, pequeñas articulaciones de manos, rodillas y hombros con tumefacción articular. Se le cita de nuevo para mejor valoración.

Juicio clínico: artritis reumatoide.

Diagnóstico diferencial: con las artropatías inflamatorias.

En la siguiente cita nos cuenta que no presenta rigidez matutina, no xerostomía ni xeroftalmia. No aftas orales ni genitales. Sin antecedentes familiares ni personales de psoriasis. No talalgia ni otros datos de entesitis. No refiere alteraciones en la visión ni lesiones cutáneas que sugieran Raynaud.

Tratamiento, planes de actuación: se trato en principio con corticoides que tras mejoría se pauto naproxeno cada 12 horas e hidrociloroquina.

Exploración: manos toscas, aparentemente sin sinovitis. No sinovitis periférica a otro nivel.

Evolución

Tras periodo asintomática, de nuevo acude por cuadro de dolor, tumefacción y limitación en tobillo derecho y dolor, tumefacción en carpos y dedos de ambas manos. Se decide de forma consensuada inicio de tratamiento con biológico certolizumab.

Se solicita analítica. Se corticoides a dosis de mg y volvemos a citar para resultados. Se aprecia un aumento de la velocidad de sedimentación, así como cifra elevada de factor reumatoide. Con la sospecha de Artritis reumatoide de reciente inicio se deriva a Reumatología. En consulta externa se solicita: resonancia de manos: normal, ACPA (ac

Conclusiones

Este caso nos confirma la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración básica. Con esas dos herramientas supimos orientar la posible patología de nuestra paciente. Aporta además conocimiento de los nuevos tratamientos biológicos en uso.

Palabras Clave

Artritis, algias generalizadas, Corticoides.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Síndrome Sjögren en mujer de mediana edad

Carreño Meca P¹, Cruz Valero C¹

¹ Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Sialolitiasis.

Historia clínica

Paciente de 33 años sin antecedentes médicos personales ni familiares de interés, y sin toma de medicación activa que consulta por dolor e inflamación a nivel de la glándula parótida de un par de semanas de evolución que mejora parcialmente con la ingesta de líquido y la no ingesta de alimentos.

Enfoque individual: es entonces cuando consulta con su Médico de Familia, el que, tras exploración exhaustiva de toda la cadena ganglionar del cuello y palpación de glándulas salivares, objetiva una ligera inflamación de la misma.

Se decide entonces realización de ecografía de dicha glándula en el CS y se objetiva cálculo de 0,3 centímetros de tamaño que obstruye conducto de Stenon. Se recomiendan medidas higiénico-dietéticas y masajes locales, con mejoría evidente. Al cabo de varias semanas, la paciente acude de nuevo a su CS, aquejándose de xerostomía, xeroftalmía, astenia y raquialgia; se decide solicitud analítica con perfil hemograma, bioquímica general, proteinograma, estudio tiroideo, autoinmunidad y sistemático de orina, donde se objetiva: ligero hipercolesterolemia 237,

ligera hipergammaglobulinemia 20,8, ANA positivo, FR positivo y Ac (IgG) anti SSA/Ro-52 y Ro-60 positivos.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico: síndrome Sjögren.

Diagnóstico diferencial: amiloidosis, sarcoidosis, linfomas, hepatitis C, infección VIH.

Tratamiento, planes de actuación: masajes glándula, sialagogos. AINES. Uso de lágrimas artificiales. Hidratación oral abundante y estímulos mecánicos. Enjuagues con clorhexidina. Derivación a consultas de Reumatología.

Evolución

Mejoría parcial con medidas higiénico-dietéticas y toma de AINES; a la espera de valoración por Reumatología.

Conclusiones

Desde Atención Primaria, con ecografía y analítica básica se pueden llegar a diagnósticos muy aproximados que luego precisan confirmación y/o seguimiento por el resto de especialidades hospitalarias.

Palabras Clave

Dry eye, Arthralgia, Sialolithiasis.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR /REUMATOLOGÍA

La importancia de relacionar síntomas: enf de Behçet

Domínguez Fernández Y¹, Luque de Ingunza M², Estrada Ayala P³

¹ Médico de Familia. CS Utrera Sur. Hospital de Valme. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Sur. Hospital de Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Paciente mujer de 26 años que consulta desde hace 3 años por varios síntomas aislados (aftas, pérdida de visión, lesiones dermatológicas) en un principio no relacionados entre sí.

Motivos de consulta

La paciente consulta alarmado por pérdida de visión completa en ojo derecho.

Historia clínica

Se trata de una paciente sin FRCV a destacar episodio aislado de aftas orales (2017), eritema nodoso derivado desde Atención Primaria a MIN sin resultados concluyentes (2018), cervicalgia leve (2019). Como único fármaco toma ACHO.

Enfoque individual: el 22 de abril 2019 la paciente avisa demanda a domicilio por visión borrosa y mareos que se cataloga como vértigo central, desde Atención Primaria se deriva a HU Virgen del Rocío donde es dada de alta tras TAC craneal normal. Posteriormente durante el mes de abril consulta repetidas veces en Urgencias por dolor cervical intenso, cefalea hemisférica derecha, náuseas y vómitos y en la última ocasión se añade visión borrosa. En la última semana la pérdida de visión por ojo derecho se hace más evidente por lo que se deriva a urgencias y se objetiva un papiledema bilateral y una trombosis venosa generalizada por lo que se cursa ingreso en Unidad de Ictus.

Enfoque familiar y comunitario: se continua con revisiones tras el diagnóstico por Hematología, Reumatología, Dermatología y Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad de Behçet. Aftosis orogenital, eritema nodoso y trombosis venosa cerebral en paciente con anticoncepción oral, hiperhomocisteinemia por mutación homocigota del gen MTHFR, anticoagulante lúpico. Secuelas de afectación severa de agudeza visual bilateral por hipertensión intracraneal. Síndrome de cola de caballo por hematoma intratecal L4-L5 como complicación de anticoagulación y punciones lumbares repetidas, secuelas de paraparesia proximal y esfínteres.

Tratamiento, planes de actuación: tras inicio de tratamiento con acetazolamida, corticoides, y anticoagulación según Hematología presenta discreta mejoría clínica de agudeza visual (aunque ha perdido más del 80% visión) y mejoría de la debilidad en MMII que permite deambulación. Permanece vejiga neurogénica.

Evolución

Tras el largo ingreso, la paciente estuvo meses con incontinencia urinaria (por Sd. cola de caballo) con numerosas ITUs, aunque resueltas y la ceguera como mayor secuela.

Conclusiones

La importancia de relacionar los síntomas entre sí, conocer a los pacientes y hacer un seguimiento.

Palabras Clave

Behçet, Autoinmune, Aftas, Vasculitis, Papiledema.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR / REUMATOLOGÍA

Sorpresa radiológica

Estepa Jiménez J¹, Narváez Martín A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

² Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cervicalgia mecánica.

Historia clínica

Varón de 91 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con los siguientes antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con lercanidipino y olmesartán. Hipercolesterolemia en tratamiento con atorvastatina. Psoriasis en tratamiento tópico con pimecrolímús y calcipotriol/betametasona. Carcinoma basocelular en región temporal derecha intervenido.

Motivo de consulta

Acude por cervicalgia de predominio izquierdo de características mecánicas de años de evolución. Niega traumatismo previo. Niega sensación vertiginosa ni otra sintomatología asociada. Refiere haberse dedicado a labrar el campo desde su infancia.

Exploración: a la exploración de la columna cervical se observa movimiento en bloque de la misma, con balance articular conservado a la movilización a la derecha, y parcialmente limitado a la izquierda. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. Contractura de musculatura paravertebral cervical bilateral, así como evidente contractura de músculo trapecio izquierdo.

Enfoque individual: radiografía de columna cervical. Se objetiva rectificación de columna cervical, con signos degenerativos evidentes tales como afectación de espacios intervertebrales, más significativos C5-C6 y C3-C4, y osteofitos, compatibles con cervicoartrosis severa. A su vez, se aprecia fusión de vértebras C4-C5, que se corresponde con una malformación de Klippel-Feil.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: contractura de la musculatura paravertebral cervical en contexto de cervicoartrosis severa. Malformación de Klippel-Feil.

Inicialmente, se planteaban como posibles diagnósticos diferenciales: contractura de musculatura paravertebral cervical, espondiloartrosis, fractura vertebral no aguda, espondilitis anquilosante, y como menos probables, osteomielitis crónica o lesión tumoral.

Tratamiento, planes de actuación: ante dicha clínica y exploración, pautamos tratamiento con analgesia habitual y medidas físicas. Al mismo tiempo, solicitamos una radiografía en proyecciones posteroanterior y lateral de la columna cervical para completar estudio.

Evolución

Tras dos semanas, citamos al paciente para valorar respuesta al tratamiento, refiriendo éste mejoría franca de la sintomatología por la que consultó.

Conclusiones

Con este caso clínico queremos destacar la importancia de la realización de una correcta exploración en base a la cual solicitaremos pruebas complementarias dirigidas para completar el estudio, confirmándose posteriormente la existencia de correlación entre ambas. Al mismo tiempo, resaltar la importancia de una adecuada interpretación de las pruebas complementarias que tenemos a nuestra disposición, en las que nos podemos topar con hallazgos como el descrito anteriormente.

Palabras Clave

Dolor de cuello, Radiografía, Osteoartritis.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR /REUMATOLOGÍA

Enfermedad de Haglund

Huesa Andrade M¹, Granado Ortiz I¹, Gómez de la Mata Galiana R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Expo. Mairena (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Reumatología.

Motivos de consulta

Talalgia de meses de evolución.

Historia clínica

La paciente consulta por presentar talalgia de meses de evolución, empeora con la actividad física. No refiere caídas, traumatismos, ni lesiones previas. Exploración física: pie griego, alineado con retropié, huella cava, dolor a la palpación de inserción aquilea.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Hipotiroidismo. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg/24 horas, levotiroxina 50 microgramos/24 h.

Enfoque familiar y comunitario: viuda, vive sola. Trabaja de bibliotecaria.

Juicio clínico: enfermedad de Haglund.

Diagnóstico diferencial: xantomatosis, espondiloartropatías seronegativas, artritis gotosa y reumatoide.

Evolución

Se indicó tratamiento conservador con analgésicos de primer escalón si precisaba. Se le entregaron ejercicios de estiramiento del sistema calcáneo-aquileo plantar, y se le recomendó un calzado más adecuado. Se solicitó radiografía del pie anterior y lateral donde se objetiva un pequeño engrosamiento a nivel calcáneo. Para valorarlo se realizó el método de líneas de inclinación paralelas.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en el estudio constante, conocer entidades clínicas menos frecuentes. Utilizar técnicas como el método de líneas de inclinación paralelas para analizar la radiografía. El síndrome de Haglund se caracteriza por un atrapamiento tendino-bursal posterior del talón producida por una exostosis del calcáneo que clínicamente se caracteriza por dolor en retropié.

Palabras Clave

Tendón Calcáneo, Pie, Radiografía.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR /REUMATOLOGÍA

Un hallazgo inesperado

Narváez Martín A¹, Estepa Jiménez J²

¹ Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cervicalgia de dos semanas de evolución.

Historia clínica

Anamnesis: paciente de 57 años, varón, poco frecuentador, consulta por cervicalgia de unas dos semanas de evolución, sin traumatismo previo, con sensación de mareo, rigidez matutina. Revisando historia en los últimos 10 años consta al menos consulta por tres episodios de cervicalgia autolimitada, mejorando con el uso de antiinflamatorios, último hace 4 años. No presenta otra sintomatología.

Exploración: rigidez al giro de cuello, cifosis marcada.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fibromialgia.

Pruebas complementarias: radiografía lateral de cuello, donde se observa cuadratura de cuerpos vertebrales y presencia de sindesmofitos.

Juicio clínico: sospecha de espondilitis anquilosante.

Diagnóstico diferencial: cervicoartrosis, contractura muscular.

Tratamiento, planes de actuación: ante la sospecha de espondilitis iniciamos tratamiento destinado a control de sintomatología,

comenzando con escala analgésica con antiinflamatorios, en el caso de confirmarse el ejercicio físico es un gran aliado para evitar deformaciones, así como mantener la movilidad y la capacidad respiratoria. Plan de actuación derivación a reumatología con estudio analítico, HBL27.

Evolución

Se deriva al paciente para confirmación de sospecha.

Conclusiones

En ocasiones en Atención Primaria encontramos pacientes que no suelen consultar, por lo que los diagnósticos pueden retrasarse. El diagnóstico final de la espondilitis anquilosante suele retrasarse entre 4-7 años, porque en ocasiones suele cursar inicialmente con sintomatología leve, sobre todo en mujeres, o que pueden ser confundidos con otras patologías. Es imprescindible una anamnesis exhaustiva, apoyándonos en la realización de pruebas complementarias si es preciso. Durante el periodo de pandemia, el acceso a la consulta de Atención Primaria ha sido difícil, retrasándose el control de patologías crónicas y el diagnóstico de las nuevas patologías, quedando de manifiesto la importancia de la presencialidad en la consulta para ciertas patologías o en ciertos pacientes, sobre todo en los de edad avanzada, en los que la consulta telefónica supone una dificultad añadida para un correcto control de su patología crónica.

Palabras Clave

Cervicalgia, Espondilitis Anquilosante.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

A propósito de un caso: "me ahogo cuando voy en bici"

Mateos Gómez A¹, Gámez Navarro M², Mateo Cárdenas A¹

¹ Médico de Familia. CS San Isidro. Los Palacios (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Atención a las personas mayores.

Motivos de consulta

Disnea de esfuerzo.

Historia clínica

Varón de 83 años con antecedentes personales de HTA con buen control, cardiopatía Hipertensiva, Epilepsia e HBP, que consulta por disnea que se inicia con los esfuerzos, tales como montar en bicicleta, andar deprisa o subir una pequeña cuesta, de instauración progresiva, desde hace 2-3 meses. Niega otra sintomatología como DPN, ortopnea, dolor torácico, palpitaciones, edemas en MMII, tos u otros síntomas respiratorios.

Enfoque individual. Exploración Física: BEG, COC, BHP. Afebril. Eupneico en reposo a 16 rpm con saturación de oxígeno 96% (FiO₂ 21%). TA 130/80. ACP: rítmico a 76 lpm, sin soplos, ni extra-tonos. BMV, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas, ni megalias, ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. MMII: pulsos pedios simétricos y conservados, sin edemas, ni signos de TVP. Resto de EF sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: situación basal: vive solo, funciones superiores conservadas, independiente para AIVD. En los últimos meses, la aparición de la disnea de esfuerzo había limitado su calidad de vida. Anteriormente, se desplazaba en bicicleta por su localidad. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: disnea grado I, según la escala de disnea modificada del MRC. Disnea de esfuerzo de probable etiología cardiaca, a descartar respiratoria u otras causas (anemia, disfunción tiroidea...).

Tratamiento, planes de actuación: se solicita analítica con hemograma, bioquímica, perfil lipídico y hormonas tiroideas, electrocardiograma y radiografía de tórax. Se deriva a Cardiología para estudio dada la alta sospecha de etiología cardiaca.

Evolución

Citamos al paciente para valoración con resultado de pruebas complementarias. Analítica: dentro de los límites de la normalidad. ECG: RS a 70 lpm, eje normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Rx. Tórax: ICT normal, imagen nodular infra-hiliar izquierda compatible con Nódulo Pulmonar Solitario. Se contacta con Neumología para continuar estudio.

Conclusiones

En este caso, se tenía una alta sospecha de disnea de origen cardiaco dados los antecedentes y la clínica del paciente. Sin embargo, tras los resultados de las pruebas complementarias se descubrió que la causa de la disnea era la presencia de un Nódulo Pulmonar Solitario. Consideramos de vital importancia el diagnóstico diferencial de los motivos de consulta en Atención Primaria para poder realizar un diagnóstico adecuado.

Palabras Clave

Disnea, Paciente Mayor, Nódulo Pulmonar Solitario.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Atención familiar de situación últimos días y entorno familiar

Barlam Torres N¹, Orti Grife M², Buj Planés J³

¹ Médico de Familia. CS Martorelle St. Fost. Barcelona

² Enfermera de Familia. CS Caldes Monbui. Barcelona

³ Médico de Familia. CS Martorelles-Sant Fost. Barcelona

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Enfermera de 44 años que consulta para incapacidad temporal (IT).

Historia clínica

Presenta astenia y ansiedad más marcada en las últimas tres semanas por empeoramiento del estado de su padre, paciente terminal con mal pronóstico. Se constata una pérdida de peso y mal aspecto general.

Enfoque individual: paciente cuidadora.

Enfoque familiar y comunitario: preguntamos a la paciente por la enfermedad de su padre y estructura familiar. Padre con edad avanzada etiquetado de paciente crónico complejo y con NECPAL positivo reciente, con antecedentes de tres neoplasias, amputación de 1er dedo del pie, movilidad limitada, deterioro cognitivo y periodos de desorientación, que convive con su mujer, de la misma edad, con soporte de la única hija del matrimonio. Dado la evolución tórpida que se prevé nuestra paciente solicita IT por cuidado de familiar ya que han decidido una actitud no intervencionista y paliativa manteniendo los cuidados en casa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: nuestra paciente necesita una IT para poder dedicarse a su padre, supuesto no contemplado. Su única opción es un permiso laboral no retribuido, siendo ella la única

fuente de ingresos en su unidad Familiar no es una opción válida. OD: ansiedad, riesgo claudicación del cuidador.

Tratamiento, planes de actuación: nuestro trabajo es informar que no está contemplado esa causa de IT. Ofrecemos nuestro apoyo para el seguimiento y evolución y para coordinamos con el Médico de Familia del padre y trabajo social para evitar la claudicación del familiar cuidador, en este caso, nuestra paciente. Con trabajo social mejoramos las barreras arquitectónicas mejorando el confort del padre y mejorando su cuidado.

Evolución

La evolución del padre de la paciente fue como la prevista.

Conclusiones

La legislación no otorga los mismos derechos en caso de ingreso hospitalario vs cuidados y muerte en el domicilio. Nuestro rol en estos casos es la coordinación y trabajo multidisciplinar. Abogamos por un modelo de muerte en casa con soporte familiar, desmedicalizar la muerte reduciendo los gastos sanitarios, pero sin equidad para los Familiares que son los que han de cuidar al paciente, con un grado de implicación que no es medible, pero siempre será más elevado que en el caso de una hospitalización.

Palabras Clave

Nursing Care, Palliative Care, Primary Care, Legislation.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

¡Mi abuela se desmaya!

Barbosa Cortés M¹, adame Herrojo M², Pérez Razquin E³

¹ Médico de Familia. Consultorio Alonso. CS Andevalo Occidental. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Especializada).

Motivos de consulta

Malestar general y desmayo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM; exfumadora, HTA, DM2, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica. IC con EAP con FA paroxística.

Anamnesis: mujer de 81 años que ingresa en hospital secundario por IC e infección respiratoria, detectándose anemia ferropénica con SOH +. Tras buena evolución y colonoscopia normal se decide alta. Al llegar a domicilio familiar, solicita valoración por equipo de emergencia por dolor panbdominal intenso y malestar general sin clínica digestiva ni urológica.

Enfoque individual. Exploración: REG, tendente al sueño, 65/47 que remonta con sueroterapia (110/55) SAT. 99%, FC 80 lpm, afebril. ACR arrítmico a buena frecuencia, resto sin hallazgos, abdomen blando y depresible, doloroso a palpación generalizada con defensa, no masas ni hernias ni megalias, y EEII normales. Tacto rectal con heces de aspecto normal.

Pruebas complementarias: TAC abdominal líquido libre intraperitoneal de distribución perihepática, periesplénica, paracólico, interasas y en pelvis en relación con hemoperitoneo de distribución difusa y coágulos en pelvis. Extravasación de contraste sugestivo de sangrado arterial activo en ramas sigmoideas de arteria mesentérica inferior, no neumoperitoneo.

Enfoque familiar y comunitario: mujer de avanzada edad, convincente con hija, nietas y bisnieto, independiente para ABVD.

Juicio clínico: shock hipovolémico secundario a hemoperitoneo tras colonoscopia.

Diagnóstico diferencial: síncope cardiogénico o neurogénico.

Tratamiento, planes de actuación: laparotomía urgente con reparación de des-serosamiento y rafia recto-sigmoidea.

Evolución

Buena, con estabilización tras cirugía, paso a UCI, y alta posterior, con medicación habitual a domicilio.

Conclusiones

La hemorragia gastrointestinal y la perforación colónica son complicaciones infrecuentes de la colonoscopia y ocurren en 1,9-2,8/1000 exploraciones. Ante la gravedad de su presentación, se debe sospechar ante paciente sometido a colonoscopia que en las horas sucesivas refiere dolor abdominal, de intensidad variable, aún en ausencia de neumoperitoneo, y que puede degenerar a shock hipovolémico. El diagnóstico es mediante prueba de imagen y su tratamiento quirúrgico emergente.

Palabras Clave

Elderly, Colonoscopy, Hemorrhagic Shock.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Pensamientos intrusivos en paciente geriátrico

Jiménez Jara J¹

¹ Médico de Familia. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Consulta presencial de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad, depresión, pensamientos intrusivos.

Historia clínica

Mujer de 77 años que acude a consulta presencial CS. A la entrevista clínica se muestra inquieta y refiere fue diagnosticada hace 5 días de depresión según el psiquiatra que la atendió en el SHU. Aqueja sensación de inestabilidad y anorexia sin pérdida de peso de varias semanas de evolución. No otras alteraciones gastrointestinales. Sueño conservado. No otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual: tras una larga entrevista clínica nos cuenta que sufre pensamientos intrusivos de tipo auto y heteroagresivos hacia su hermana, la cual padece demencia y actualmente se encuentra institucionalizada. La paciente nos comenta encontrarse muy sola y agobiada, con sensación de falta de aire. A la exploración nuestra paciente se encuentra orientada y colaboradora. La auscultación es normal, sin ruidos patológicos sobreañadidos, y la saturación es del 98%.

Enfoque familiar y comunitario: las personas que ejercen el rol de cuidador son las más vulnerables según los estudios a sufrir pensamientos obsesivos de tipo egodistónico, si bien unimos que puede precipitar un estado depresivo el aislamiento social que en ocasiones

sufren los pacientes geriátricos con escasa familia y recursos sociales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: la paciente ya había sido previamente diagnosticada de depresión, sin embargo, habría que descartar desde Atención Primaria una causa estructural de su falta de aire y establecer una relación con su ansiedad mediante un examen físico completo.

Tratamiento, planes de actuación: continuar con tratamiento pautado por psiquiatra de SHU. Vortioxetina 10 mg 1-0-0. Lorazepam 1 mg 0-0-1. Valoración preferente por equipo de salud mental, incluyendo tanto terapia farmacológica como psicológica. Apoyo social y explorar apoyo familiar y comunitario. Seguimiento a corto plazo por especialista de Atención Primaria y acudir a urgencias si fuera necesario.

Evolución

La paciente durante la consulta se muestra paulatinamente más calmada. A la semana siguiente comprobamos cita temprana con equipo de salud mental.

Conclusiones

Los pensamientos intrusivos son de naturaleza egodistónica y se tratan de un síntoma de ansiedad marcada. Debemos prestar atención a la frecuente depresión en el paciente geriátrico.

Palabras Clave

Ansiedad, Depresión, Pensamientos Intrusivos, Paciente Geriátrico.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

A propósito de un caso: síndrome de Ekbom

González Orero M¹, Porcel Ruiz J², Rodríguez Rodríguez M³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

² Médica de Familia. CS La Cañada. Almería

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria en residencia de mayores.

Motivos de consulta

Renovación de antihistamínico por prurito crónico.

Historia clínica

Paciente de 86 años, institucionalizado. Antecedentes personales de glaucoma. Acude a consulta para renovación de tratamiento crónico con antihistamínico. Revisado su historial, consultas múltiples por prurito de larga data. Ya visto en Dermatología quien descartó patología de piel y anejos. Al reinterrogar al paciente, refiere malestar intenso por “bichos que le bullen por la sangre”, que “no ve ni consigue matar” pese a rascado continuo y al uso de diferentes sustancias: cremas, alcohol, sal, incluso gasolina. Presenta empeoramiento nocturno con gran ansiedad asociada. Niega consumo de tóxicos.

Exploración física: buen estado general, lúcido, lenguaje coherente y fluido, minimal test 29/30, nerviosismo al relatar el padecimiento. Lesiones por rascado de distribución irregular, predominantemente en miembros superiores. Hemograma y bioquímica normales, orina normal.

Enfoque individual: escucha activa y empática. No confrontación del delirio. Relación de confianza.

Enfoque familiar y comunitario: importancia de respeto y no contradecir abiertamente al paciente (Residentes y profesionales).

Juicio clínico: probable síndrome de Ekbom primario (delirio de parasitosis o infestación). No

existen datos de patología orgánica, psiquiátrica o abuso de sustancias que justifiquen el delirio (causas secundarias).

Diagnóstico diferencial: el síndrome de Ekbom se establece principalmente con patologías psiquiátricas (estados psicóticos, paranoides, depresión mayor, trastorno bipolar), neurológicas (fundamentalmente demencias), y dermatológicas (escabiosis, dermatitis herpetiforme, prurigo o enfermedad de Morgellons). En nuestro caso, no aparece sintomatología psiquiátrica más allá de la ansiedad asociada al delirio, y fuera de él todas las funciones cognitivas y conductuales están conservadas. Tampoco presenta otros síntomas ni signos dermatológicos.

Tratamiento, planes de actuación: al tratarse de un paciente anciano, se inicia quetiapina 25 mg cada 24 horas. Entrevistas de seguimiento para garantizar relación de confianza.

Evolución

Buena adherencia terapéutica.

Conclusiones

El prurito generalizado es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. Al tratarse de un síntoma, es fundamental una detallada anamnesis para encontrar la causa desencadenante, enfocada a la escucha activa del relato del/de la paciente. Destaca en este sentido que la queja fundamental de esta enfermedad está centrada en la parasitación, y en el malestar que presentarla genera, siendo el prurito un síntoma secundario.

Palabras Clave

Prurito, delirio, Ekbom.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

La importancia de la deprescripción en el paciente anciano

Salado Natera M¹, Gallego Galleo E², Gallegos Gutiérrez C³

¹ Médico de Familia. CS Virgen de La Oliva. Vejer de la Frontera (Cádiz)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. DS Bahía de Cádiz la Janda. Cádiz

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldan. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Úlcera vascular, revisión polimedicados.

Historia clínica

Mujer, 86 años, nueva en el cupo. Citamos a la paciente en consulta para realizar historia clínica, exploración, revisión de la medicación. etc.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipotiroidismo, cardiopatía hipertensiva moderada con valvulopatía mitro-aórtica FEVI 55%, arteriopatía periférica con úlcera vascular de evolución tórpida. Tratamiento actual: metformina 850 mg cada 12 horas, doxazosina 8 mg 1-0-0, losartán 100/hidroclorotiazida 25 1-0-0, higratona 50 mg, furosemida 40 mg, eutirox 50 mg, atenolol 50 mg, hemovas 600 1-0-1, simvastatina 20 mg, gabapentina 300 1-0-1, diazepam 5 mg 0-0-1, fentanilo 12,5 mcg. Sin analítica desde hace más de un año, se solicita. Resultados: hemoglobina de 11.4, VCM 95, filtrado glomerular de 18 ml/min, creatinina 2,57 mg/dl HbAc 6.2%.

Enfoque individual: paciente pluripatológica, sin deterioro cognitivo, independiente hasta la aparición de la úlcera que le impide caminar. Polimedicada, sin seguimiento en Atención Primaria. En seguimiento por cardiología y cirugía vascular.

Enfoque familiar y comunitario: vive en zona rural, alejada del núcleo urbano, junto a sus hijos,

en casas colindantes. Buen apoyo familiar. Dificil acceso al domicilio. Cuidadora principal su hija, con duelo patológico por fallecimiento de un hijo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad renal crónica reagudizada por polifarmacia y paciente añoso polimedicado.

Tratamiento, planes de actuación: ajuste de medicación según el filtrado glomerular y los criterios STOPP/START.

Evolución

Una vez ajustada la medicación, se recuperó la función renal. La evolución de la úlcera fue tórpida y se ingresó para controlar la sobreinfección sin éxito por lo que se procedió a la amputación. Una vez amputado dolor del miembro fantasma, diarrea por *clostridium difficile* y aparición de nueva úlcera en la otra pierna. Comienza con deterioro del nivel de conciencia, pedimos analítica y nos avisan del laboratorio por un Na 167, se deriva al hospital, fallece.

Conclusiones

Es muy importante la revaluación continua de la polifarmacia, para evitar duplicidades y iatrogenia, como en el caso de esta paciente. Somos nosotros los que debemos hacer un abordaje global y una revisión de la polifarmacia tras el alta hospitalaria y tras la consulta de algún compañero hospitalario.

Palabras Clave

Polifarmacia, Criterios STOPP/START.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Síntomas enmascarados de feocromocitoma

Alonso Alcalde J¹, Ferrer Collantes M²

¹ MIR 1er año en Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Pozoblanco. CS Peñarroya. Córdoba

² Tutora de MIR MFyC. CS Peñarroya. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dispepsia.

Historia clínica

No RAMs. No enfermedades Médico-quirúrgicas de interés. No hábitos tóxicos.

Enfoque individual: mujer de 35 años que ha consultado en CS en diversas ocasiones por meteorismo y sensación de saciedad precoz con comidas y pesadez posprandial de más de un año evolución. Apetito conservado, no pérdida de peso, no vómitos ni alteración tránsito intestinal. No mejora con tratamiento médico de procinéticos. Picos hipertensivos con palpitaciones reiterados en el tiempo. No cefalea ni sudoración.

Exploración física: buen estado general. Abdomen blando y depresible doloroso a nivel generalizado. Timpanismo. No defensa.

Pruebas complementarias: analítica: no anemia, intolerancia a la lactosa. No celiaquía ni *Helicobacter pylori*. Ecografía abdominal: se aprecia en glándula suprarrenal derecha posible feocromocitoma. Se deriva a digestivo.

Enfoque familiar y comunitario: descartar tras este hallazgo screening genético familiar de síndrome MEN2.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: feocromocitoma/paraganglioma/HTA secundaria.

Tratamiento, planes de actuación: digestivo tras estudiar el caso hace interconsulta a endocrinología y cirugía que llevan el caso. Piden las siguientes pruebas para confirmar: analítica con metanefrinas en orina y libres en plasma, procalcitonina, calcio sérico, cortisol: elevadas las metanefrinas. RM abdomen: confirma feocromocitoma. Ecografía de tiroides: descarta carcinoma tiroides. Estudio genético: no mutación de gen RET en paciente ni familiares. PET que no mostró extensión enfermedad y estudio de localización con metayodobenzilguanidina +. 1) Se prescribe tratamiento médico prequirúrgico: doxazosina 2 mg 1 comprimido/24 horas 7 días, y luego 1 comprimido/12 horas de mantenimiento. Propranolol 40 mg/8 horas 7 días, luego 80 mg/8 horas segunda semana. Control tensional. 2) Cirugía preferente.

Evolución

Estable tras tratamiento completo con niveles de metanefrinas normales. Tras cirugía (10 días aproximadamente después) debe cuantificarse niveles metanefrinas en plasma, catecolaminas en orina. a) Si están normales seguimiento cada 6 meses 2 años, luego cada año indefinidamente (es el caso de la paciente). b) Si persisten elevadas búsquedas de metástasis.

Conclusiones

Pruebas ante síntomas persistentes.

Palabras Clave

Feocromocitoma.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Paciente con tos de 3 meses de evolución

Fuentes Pérez M¹

¹ Médico de Familia. CS Príncipe de Asturias. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de CS Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tos de 3 meses de evolución sin otra sintomatología aparente.

Historia clínica

Paciente de 59 años que consulta por primera vez por tos de tres meses de evolución, sin fiebre, sin síntomas de vías altas, sin dolor torácico ni ortopnea.

Enfoque individual: no fumador, no bebedor, no HTA ni DM. Niega hábitos tóxicos. Niega relaciones sexuales de riesgo. Alergia extrínseca a ácaros. A los 18 años tratado de enfermedad venérea (no sabe si sífilis) tratada con antibióticos. Hostelero de profesión.

Exploración física: auscultación cardiaca con corazón rítmico a buena frecuencia, sin soplos ni extratonos. A nivel pulmonar, murmullo vesicular discretamente disminuido, sin crepitantes ni sibilancias. Discretas acropaquías. No otros hallazgos de interés.

Pruebas complementarias: RX de tórax: infiltrados parenquimatosos reticulares o areolares de paredes no aparentemente engrosadas y aspecto no homogéneo. PCR SARS COV 2 negativa. Phadiatop siendo positivo a Dermatophagoides con eosinofilia del 8,6%, en tratamiento con SABA sin mejoría. Fibrobroncoscopia: resultado sin hallazgos significativos. TAC: masa inflamatoria/infecciosa, sin poder descartar neoplasia. Diagnóstico diferencial entre ABPA asociada a sobreinfección bacteriana/fúngica vs

neoplasia. LBA: ausencia de células neoplásicas, negativa para BAAR y hongos. Cultivo de bacterias negativo, Cladosporium cladosporioides positivo (posible contaminante). PCR de PJ positiva.

Enfoque familiar y comunitario: paciente soltero, sin hijos. Madre con Alzheimer y padre fallecido hace 10 años en domicilio, sin causa conocida por el paciente. 1 hermano sano. Buen apoyo socio-familiar, trabajo estable, sin problemas económicos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: infección por VIH de presentación tardía, estadio CX. Neumonía por Pneumocystis jirovecii. Lesión inguinal izquierda con aspecto de flemón abscesificado, a descartar LGV.

Tratamiento, planes de actuación: antibioterapia oral. Inicio de TAR.

Evolución

El paciente continúa con el tratamiento, con buena respuesta.

Conclusiones

Ante un paciente sin factores de riesgo con tos de tiempo de evolución, sin otra sintomatología acompañante hay que realizar un estudio para diagnosticar cuanto antes la enfermedad y no obsecarse en pautar tratamientos sin conocer la causa para no demorar el diagnóstico y el tratamiento adecuado de la patología que subyace.

Palabras Clave

Tos, Neumonía, VIH.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

En época de pandemia, no todas las neumonías son COVID19

García González L¹, asensio Sánchez C², Sampedro Abascal C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

³ Médica de Familia. Tutora de MIR MFyC. CS San Pablo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Febrícula y astenia.

Historia clínica

Mujer de 73 años que acude a consulta por febrícula de más de 3 semanas de duración.

Enfoque individual. Antecedentes personales: alergia a amoxicilina, zinc y mercurio. Hipertensión, exfumadora 30 paquetes/año. Liquen plano en lengua desde 2009, enfermedad por reflujo gastroesofágico, colelitiasis.

Anamnesis: paciente que acude a consulta CS por presentar desde hace más de tres semanas febrícula (37,5°C), malestar general y artromialgias que cedía con paracetamol. No tos, disnea en los últimos días, no dolor torácico. Vacunada correctamente con dos dosis de Pfizer. No clínica gastrointestinal ni lesiones dérmicas de reciente aparición.

Exploración: buen estado general, consciente, colaboradora, orientada, eupneica en reposo manteniendo saturación de oxígeno 96% sin aporte. Estable hemodinámicamente con tensión arterial 150/67 mmHg y frecuencia cardiaca 76 latidos por minutos. Aparato cardio respiratorio: rítmica sin soplos. Buen murmullo vesicular con crepitantes bilaterales. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: RX tórax: presencia de infiltrados bilaterales periféricos, típico de infección por COVID19 (se aporta foto). Realizamos PCR en el que no se detecta ARN. Derivamos al HUVR para seguir estudio.

Enfoque familiar y comunitario: padre y hermano han padecido y fallecido por patología pulmonar. Hermana diagnosticada de fibrosis pulmonar idiopática y otro hermano sarcoidosis.

Juicio clínico: neumonía compatible con Sars-Cov-2.

Diagnóstico diferencial: neumonía por legionella. Neumonitis por hipersensibilidad. Neumonía por m. Pneumoniae. Neumonía por micobacteria. Neumonía intersticial no específica. Identificación del problema: tras descartar Sars-Cov-2, se consulta con neumología y se ingresa en HUVR para seguir estudio.

Tratamiento: analgesia más antibioterapia empírica.

Planes de actuación: control por neumología donde se solicita cultivo de esputo, antigenuria, hemocultivo si fiebre y por Atención Primaria.

Evolución

Tras diferentes pruebas y seguimiento durante su ingreso, se diagnostica de neumonía atípica por micobacteria no TBC. La paciente es dada de alta en espera de resultados. Actualmente gran mejoría. Ausencia de fiebre.

Conclusiones

Con este caso, observamos la importancia de la exploración en consulta presencial y una visión general de las diferentes patologías asociadas. Esta paciente nos demuestra que en esta época de pandemia no todo es COVID19. Hay que seguir estudiando para llegar al diagnóstico definitivo.

Palabras Clave

Neumonía, Disnea, COVID19.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Hábitos de vida y medicina familiar y comunitaria: por qué no debemos rendirnos

Acosta Escasúa C¹, Morilla Roldan C², Durán Barrantes I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Jerónimo. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

³ Médico de Familia. CS San Jerónimo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en fosa ilíaca derecha.

Historia clínica

Varón, 73 años. AP: dM-2, HTA, EPOC, IAM, fumador. No RAM. Tratamiento: metformina, atorvastatina, omeprazol, AAS, ramipril, bisoprolol, dutasterida, tamsulosina, fluticasona-vilanterol. El paciente acude a AP en abril de 2021 por dolor en fosa ilíaca derecha de 15 días, valorado en Urgencias, sin hallazgos radiográficos. Vuelve a la consulta en junio por lo mismo, indicándose una ecografía que resulta normal, por lo que se le cita una RMN. Esa misma mañana, tras la consulta el paciente sufre un accidente, acudiendo a Urgencias. Allí se realiza una radiografía de pelvis, donde se visualiza un borramiento de la rama isquiopubiana derecha. Ante tal hallazgo se realiza un TAC, viéndose dos lesiones líticas con componente de partes blandas que expanden y rompen cortical del hueso.

Tras estudios se confirma el diagnóstico de carcinoma de pulmón E-IV con metástasis en hígado, columna, costillas, esternón y pelvis derecha. Se contacta con Medicina Interna y será valorado por Oncología y Neumología. El paciente progresivamente va sufriendo decaimiento del estado general por complicaciones derivadas de su enfermedad, teniendo que acudir en varias ocasiones a Urgencias. Finalmente, fallece en agosto.

Enfoque individual: el paciente acudió frecuentemente por un dolor en FID. Se

realizaron las pruebas diagnósticas y aplicó el manejo terapéutico correspondiente.

Enfoque familiar y comunitario: se dieron todas las recomendaciones para un hábito de vida saludable, procurando eliminar factores de riesgo que podrían provocar procesos más graves.

Juicio clínico: metástasis pélvica de cáncer pulmonar.

Diagnóstico diferencial: osteoartrosis, lumbociatalgia, necrosis avascular.

Tratamiento, planes de actuación: ambulatorio con analgesia y reposo. Tras diagnóstico, manejo de procesos concurrentes. Posteriormente tratamiento paliativo.

Evolución

Comenzó como coxalgia localizada. Las manifestaciones sistémicas aparecieron una vez ya el proceso ya era irreversible.

Conclusiones

El cáncer de pulmón es el más letal en igualdad de géneros en España (el primero en hombres, segundo en mujeres). Es importante realizar en AP una serie de recomendaciones en hábitos de vida, porque el perfil de estos pacientes suele ser parecido. No debemos dejar de insistir en ello, nunca. Esta consulta es algo frecuente, siendo vital una perfecta anamnesis y exploración para poder diagnosticar procesos importantes, aunque, clínica tan inespecífica, los hace difícil de diagnosticar.

Palabras Clave

Carcinoma, Tobacco, Radiography.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Lumbalgia

Fuentes Pérez M¹

¹ Médico de Familia. CS Príncipe de Asturias. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de CS Morón de la Frontera.

Motivos de consulta

Lumbalgia de 4 semanas de evolución.

Historia clínica

Paciente de 75 años con lumbalgia de 4 semanas de evolución, con empeoramiento progresivo. Acude en varias ocasiones al HAR para valoración, pautándosele tratamiento ya que las radiografías de columna lumbosacra no tienen hallazgos patológicos de interés. Acude su hijo a consulta a comentarnos el caso debido a que refiere que el paciente está encamado por imposibilidad de levantarse. Acudo a domicilio para valoración, con Lassegue positivo y dolor de características mecánicas. Se pauta tratamiento domiciliario con mejoría sintomática. Dos semanas después vuelve a consultar el hijo por nuevo empeoramiento. Nos refiere en esta ocasión pérdida de fuerza progresiva en hemicuerpo izquierdo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: RAM: benzodiazepinas. Exfumador desde hace 20 años. Consumo perjudicial de alcohol hasta los 73 años. HTA, DM tipo 2. Dislipemia. Obesidad. EPOC, SAOS leve. Cardiopatía hipertensiva, FEVI conservada. Cirrosis hepática alcohólica. ERC estadio G2.

Pruebas complementarias: RX lumbosacra sin hallazgos patológicos agudos. RX pulmonar:

imagen nodular en LSD sugestiva de Ca de pulmón. Fibrobroncoscopia: signos indirectos de neoplasia en LSD. TAC craneal: múltiples metástasis infra y supratentoriales. TAC corporal: lesiones metastásicas líticas en cuerpos vertebrales.

Enfoque familiar y comunitario: paciente con dos hijos sanos y esposa. Buen apoyo familiar. Camionero de profesión. El hijo mayor es el que se ocupa de acudir a consulta para el paciente cuando éste no puede acudir.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ca de pulmón de células pequeñas T4N3M1. LOEs cerebrales de origen en neoplasia pulmonar maligna estadio T4N3M1. Hipercalcemia maligna.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento paliativo dado el gran avance de la enfermedad y el mal estado general del paciente.

Evolución

El paciente fallece 1 mes después.

Conclusiones

Ante un dolor lumbar de tiempo de evolución hay que hacer un estudio de tórax por la posibilidad de que sea dolor de tipo metastásico.

Palabras Clave

Lumbalgia, Carcinoma, Metástasis.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Doctor, me pica todo y no mejoro con nada... ¿qué me ocurre?

Guerrero Martínez C, González Muñoz F, Fiol Beltrán M

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Prurito generalizado.

Historia clínica

Paciente varón de 14 años de edad, sin antecedentes personales de interés.

Enfoque individual. Enfermedad actual: consulta su padre mediante cita telefónica refiriendo que el paciente presenta prurito generalizado de predominio nocturno desde hace dos semanas por el que acudieron a urgencias diagnosticándose de urticaria sin mejoría con el tratamiento pautado (antihistamínicos y corticoides tópicos y orales). No ha presentado fiebre. Nos refieren que otros 4 convivientes han presentado síntomas similares en mayor o menor medida.

Exploración física: buen estado general, normocoloreado, normoperfundido. Se aprecian lesiones generalizadas papulosas de menos de 1 cm con predominio en manos, genitales, zonas de pliegues, así como lesiones lineales en las mismas localizaciones.

Enfoque familiar y comunitario: buen apoyo familiar, convive en casa, situada en una zona necesitada de transformación social junto a sus padres, sus hermanos y el novio de su hermana.

Juicio clínico: escabiosis.

Diagnóstico diferencial: urticaria, dermatitis herpetiforme, eccema.

Tratamiento, planes de actuación: citamos al paciente presencialmente ante la clínica descrita y tras la visualización de las lesiones y del diagnóstico clínico, se indica tratamiento por permetrina 5% crema, una aplicación cada 7 días durante 3 semanas aplicando una fina capa en toda la superficie cutánea poniendo especial énfasis en la zona donde se vean las lesiones. Damos recomendaciones higiénicas para domicilio y se tratan a todos los convivientes al comprobar presencialmente que presentan lesiones similares.

Evolución

Tras seguir las indicaciones no presenta mejoría ante lo cual se plantea un tratamiento para casos resistentes con ivermectina oral 200 mcg/kg y repetir a los 10 días.

Conclusiones

La sarna es un trastorno de la piel que provoca picazón, especialmente intensa por la noche, causado por el ácaro *Sarcoptes Scabiei*. Se trata de una afección extremadamente contagiosa con un fuerte estigma social que actualmente nos debe llevar a descartar ante una clínica de prurito generalizado enfocando dicho diagnóstico diferencial en todos los ámbitos asistenciales. Con frecuencia no es diagnosticada en estadios iniciales o incluso posteriormente por poca experiencia en la detección de estas lesiones típicas.

Palabras Clave

Palabras Clave, Prurito, Escabiosis, Permetrina.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Un diagnóstico incorrecto

Cardona Herrera A¹, Barrionuevo Bonilla I¹, Navarro Gonzalez E²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Sur. Almería

² Médica de Familia. Tutora de MIR MFyC. CS Ejido Sur. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Neuralgia del trigémino. Odontalgia.

Historia clínica

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Intolerancia a ferbisol. Hernia discal lumbar, dislipemia, pólipo cervical, enfermedad por reflujo gastroesofágico y depresión. Tratamiento: omeprazol 20 miligramos cada 24 horas, lormetazepam 2 miligramos cada 24 horas, fluoxetina 20 miligramos cada 24 horas, atorvastatina 40 miligramos cada 24 horas.

Anamnesis: paciente derivada desde Urgencias, atendida por dolor en hemicara derecha, diagnosticada como Neuralgia del Trigémino y odontalgia, pautándole: gabapentina, dexketoprofeno, espiramicina 750.000 UI, metronidazol 125 miligramos, tramadol 37,5 miligramos, paracetamol 325 miligramos y deflazacort 30 miligramos. La primera consulta en Atención Primaria se realiza telefónicamente por estar en estado de alarma por pandemia COVID-19. Refiere persistencia del dolor, que lo cuantifica en una escala numérica verbal del dolor, de 10.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neuralgia del Trigémino, patología de articulación temporomandibular, neuralgia postherpética, patología odontógena, traumatismo, migraña y cefalea en racimos.

Tratamiento, planes de actuación: persiste dolor tras segunda extracción molar en odontólogo privado, que tras su valoración descarta origen odontógeno y recomienda derivación al neurólogo por sospecha de neuralgia del trigémino. Tras valorar los datos disponibles desde Atención Primaria, no descartamos patología odontógena por lo que derivamos a odontólogo de la Sanidad Pública (a pesar de que la paciente no está nada de acuerdo con esta derivación).

El informe de dicho servicio sugiere patología de la articulación temporomandibular y se decide derivar a la paciente al maxilofacial, quien establece el diagnóstico final de fístula por necrosis en incisivos superiores derechos y aconseja tratamiento de conductos o extracción por odontólogo. Se realiza endodoncia por odontólogo sin mejoría del dolor, optando finalmente por extracción dentaria, con resolución completa de la patología y acabando así con el cuadro.

Conclusiones

La importancia de la figura del Médico de Familia como coordinador de salud del individuo. Ya que la valoración por diferentes especialistas, mezclando medicina pública y privada puede derivar en no llegar a un diagnóstico certero, alargando el proceso de enfermedad y causar un perjuicio para el paciente. Que, en este caso, supuso una demora de 6 meses.

Palabras Clave

Neuralgia, Trigémino, Odontalgia, Dolor.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Doctora, me duele la barriga

Fiol Beltrán M, Guerrero Martínez C, González Muñoz F

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y vómitos.

Historia clínica

Varón de 42 años, fumador, antecedentes personales de migraña, depresión y dispepsia, en tratamiento habitual con diazepam, sertralina y famotidina.

Enfoque individual: tras varias consultas en Atención Primaria por dolor abdominal y vómitos, e intentarse manejo domiciliario y no evidenciarse abdomen agudo, el paciente acude a urgencias hospitalarias por cuadro persistente de náuseas y vómitos, asociando diarrea sin productos patológicos, no asociado a ingesta alimenticia y sin fiebre. Rehistoriando al paciente, refiere hijo con EII.

A la exploración, regular estado general, abdomen blando y depresible, dudosa defensa, sin masas ni megalias y con Blumberg y Murphy negativos. En analítica sanguínea se observa PCR 20, leucocitos 16050 y neutrófilos 14690. La ecografía abdominal muestra cambios inflamatorios a nivel de FID/pelvis, confirmándose en TAC posible cuadro inflamatorio intestinal tipo EII asociado a cuadro oclusivo/suboclusivo.

Enfoque familiar y comunitario: independiente para ABVD y AIVD. Casado, buen soporte familiar. Nivel socioeconómico medio-bajo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: suboclusión intestinal en relación a probable debut de enfermedad de Crohn de intestino delgado.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza interconsulta con Digestivo, que deciden ingreso por su parte, con tratamiento a base de dieta líquida, esteroides IV y metronidazol. Se realiza una enteroRM y una colonoscopia donde se observa enfermedad de Crohn con signos de inflamación activa en ileon terminal de 7 cm de longitud.

Evolución

La evolución durante el ingreso es favorable por lo que se decide alta con tratamiento esteroideo ambulatorio.

Conclusiones

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica asociada a episodios de brotes intermitentes que puede afectar a todo el tubo digestivo. Esta enfermedad puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre los 20-30 años. La predisposición genética ocupa un 20% de probabilidad de tener un familiar afectado. Es inusual en la familia el debut en un descendiente, pero este dato habría sido clave a la hora de establecer el diagnóstico diferencial del paciente.

Palabras Clave

Enfermedad de Crohn, Dolor Abdominal, Ileon.

ÁREA: ATENCIÓN A LA FAMILIA

Doctora, ¿qué me pasa ahora con el alcohol?

Ruiz Salcedo S¹, Lechuga Varona M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aeropuerto. Córdoba

² Médico de Familia. CS Aeropuerto. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Eritema facial y en cuello tras toma de etanol.

Historia clínica

Varón de 73 años con antecedentes de HTA, hernia de hiato y estenosis de canal. Tratamiento con telmisartán, hidroclorotiazida y omeprazol. Sin antecedentes alérgicos.

Enfoque individual: acude a consulta por eritema facial y de cuello tras toma de alcohol, acompañado de sensación de calor. Había consultado meses antes por dermatitis facial, siendo tratado con corticoides tópicos. Ante la evolución tórpida de las lesiones, fue derivado a Dermatología, donde pautaron tacrolimus tópico. Este fue suspendido posteriormente por el diagnóstico en segunda instancia de rosácea. En este periodo, consultó repetidamente en Urgencias por eritema facial y torácico súbito, siendo diagnosticado de reacciones alérgicas y tratado con corticoides sistémicos y antihistamínicos. En uno de los episodios presentó un presíncope. No había presentado esta clínica previamente. Paciente asintomático en consulta. Exploración física completamente normal.

Enfoque familiar y comunitario: las reacciones adversas de los fármacos son un aspecto de gran importancia en Atención Primaria, puesto que son los profesionales encargados del control de los pacientes polimedicados y de las interacciones

de los distintos fármacos prescritos desde el ámbito hospitalario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: rubor facial transitorio inducido por etanol y tacrolimus tópico. Síndrome disulfiram.

Tratamiento, planes de actuación: retirada de tacrolimus tópico, puesto que el paciente continuaba aplicándolo.

Evolución

El paciente continúa asintomático dos meses después de suspender el tratamiento, sin lesiones en la piel. No ha presentado más episodios.

Conclusiones

La intolerancia al alcohol recogida en ficha técnica del tacrolimus tópico tiene una incidencia del 3 al 7%. Consiste en rubor y calor en la zona de aplicación ("flushing") que comienza en 5-15 minutos y dura aproximadamente una hora. Es importante advertir de estos efectos al paciente, puesto que puede confundirse con otros diagnósticos y derivar en visitas a Urgencias y tratamientos innecesarios. El mecanismo de acción es desconocido, aunque una de las hipótesis más plausibles es que se trate de una reacción tipo disulfiram. Este mecanismo explicaría el episodio de presíncope que presentó nuestro paciente, sin embargo, no está recogido en ficha técnica y debería ser estudiado.

Palabras Clave

Tacrolimus, Etanol, Flushing.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Doctora, me noto "una cosita"

Gámez Navarro M¹, Mateos Gómez A², García Reinoso S¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

² Médico de Familia. CS San Isidro. Los Palacios (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hipertensión arterial.

Historia clínica

Mujer de 54 años con antecedentes de HTA, dislipemia en tratamiento y DM tipo 2, con control dietético, que acude a consulta de urgencias de CS por cifras de TA elevadas en domicilio, con mal control en los últimos días. A la anamnesis dirigida la paciente refiere "notarse una cosita" a nivel centrotorácico, que lo describe como sensación de ardor/calor, sin irradiación a otras localizaciones y sin cortejo vegetativo asociado, de 4-5 días de evolución que se inicia con los esfuerzos, al caminar unos 100 metros, y que cede con el reposo, en menos de 5 minutos. Niega disnea, sensación de palpitaciones ni otra sintomatología cardíaca.

Enfoque individual. Exploración física: BEG, COC, BHyP. Eupneica en reposo sin oxígeno suplementario Afebril TA 185/90. ACP: rítmico a buena frecuencia. MV conservado sin ruidos sobreañadidos. No edemas en MMII ni signos de TVP, pulsos pedios conservados.

Enfoque familiar y comunitario: situación basal: funciones superiores conservadas, independiente para ABVD, buen apoyo familiar.

Antecedentes familiares: madre y hermano con cardiopatía isquémica precoz (con 30 años aproximadamente)

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: crisis hipertensiva. Hipertensión arterial mal controlada. Angor de esfuerzo.

Tratamiento, planes de actuación: en CS se administra captopril 25 mg vo y se realiza electrocardiograma: RS a 75 lpm. Eje normal. QRS estrecho con onda T negativa en III. Derivación a Urgencias hospitalarias para valoración.

Evolución

Valorada en Urgencias hospitalarias donde se realiza analítica con seriación de EDM: TNT 7>7, CPK 35>33, radiografía tórax: ICT normal, sin infiltrados ni pinzamiento de senos. Se cursa ingreso en Cardiología por angor de esfuerzo donde se realiza ecocardiografía: cardiopatía hipertensiva leve, FEVIP; y coronariografía: lesión crítica en ACD proximal tratada mediante stent.

Conclusiones

En este caso presentamos un motivo muy frecuente de urgencias en Atención Primaria, la HTA, pero, es con la anamnesis cuando objetivamos que la causa del mal control en las últimas semanas podría deberse a un origen cardíaco. Por tanto, destacar el papel importante de la anamnesis dirigida en estos casos, indagando, no solo en la patología aguda, también en la sintomatología acompañante, lo que nos ayudará al diagnóstico y correcto manejo del paciente.

Palabras Clave

Hipertensión Arterial, Angor de Esfuerzo.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Diagnostico incidental de bloque auriculoventricular (BAV) completo

Quero Fernández N¹, Tébar Vizcaíno A², Vázquez Montiel M¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Marinas. Roquetas de Mar (Almería)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. Almería

Ámbito del caso

Servicios Urgencias de CS.

Motivos de consulta

Crisis hipertensivas con cefalea.

Historia clínica

Varón de 60 años con antecedentes de dislipemia sin tratamiento e hipertensión en tratamiento con losartán/hidroclorotiazida (100 mg/25 mg) y bisoprolol 2,50 mg. Acude a consulta de urgencias de CS por lo que refiere como crisis hipertensivas con cefalea. Comenta palpitaciones y leve cansancio en últimos 3 meses, motivo por el cual ha acudido en varias ocasiones a urgencias.

Enfoque individual: a la exploración paciente con buen estado general, bien perfundido. Con auscultación bradicardia, pero sin ruidos patológicos. Tensiones de 135/90 con 45 lpm. Se decide ampliar el estudio con electrocardiograma y tira de ritmo donde se observa disociación auriculoventricular con ritmo de escape ventricular, QRS límite-ancho, patrón asociado de bloqueo de rama derecho y T invertida en DIII y AVF.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de cardiopatías o arritmias, ni otras enfermedades de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: BAV Completo

secundario a betabloqueantes versus BAV Completo secundario a cardiopatía estructural; BAV Completo idiopático.

Tratamiento, planes de actuación: ante estas pruebas se sospecha de un BAV Completo se le pregunta al paciente por episodios sincopales y presincopales, así como antecedentes de cardiopatía estructural, los cuales niega. Se indica la necesidad de traslado a urgencias para valoración por cardiología, donde es ingresado y se le retira el tratamiento con betabloqueante.

Evolución

Finalmente se evidenció en Holter un BAV de segundo grado tipo 2, con un episodio presincopales, motivo por el cual finalmente se decide implante de marcapasos DDR.

Conclusiones

El diagnostico de BAV debe ser tenido en cuenta ante pacientes con cardiopatía isquémica y aquellos que estén en tratamiento con fármacos bradicardizantes. La correcta exploración del paciente con antecedentes cardiovasculares, realizando siempre auscultación y toma de tensión, nos ayudará a no pasar por alto el diagnostico de esta patología que, aunque infrecuente en consulta, reviste una gran gravedad para el paciente.

Palabras Clave

Atrioventricular Block, Arrhythmias, Bradycardia.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

¡Mi marido no responde!

Hernández Labrot B¹, Reina Prego C²

¹ Médica de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

² Médica de Familia. CS Mallén. Sevilla

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Inconsciencia.

Historia clínica

Hombre 69 años cuyos familiares avisan al 112 tras presenciar episodio de pérdida de consciencia sin pródromos tras tomar la medicación en domicilio. No relajación de esfínteres. No movimientos anómalos. No palpitations ni dolor torácico. No traumatismos importantes. Desconocen si ha podido hacer una ingesta medicamentosa con fines autolíticos, aunque, aunque aseguran que no tiene acceso a la medicación. Se pauta naloxona y flumazenilo con respuesta parcial.

La exploración física pone de manifiesto: 158/119 mmHg, 112 lpm, saturación O₂ 97%, T 36.2. Aceptable estado general. Buena coloración, perfusión e hidratación. Eupneico. Glasgow 9/15. Pupilas mióticas escasamente reactivas a la luz. No focalidad neurológica. Corazón arrítmico sin soplos y buen murmullo vesicular. Abdomen sin hallazgos y extremidades sin edemas ni signos de TVP. ECG: FA 85 lpm. Bloqueo completo rama derecha. Onda Q cara inferolateral. QTC 450 mseg. En urgencias hospitalarias: analíticamente destaca troponina T 35.8. INR 1.87 y benzodiazepinas positivas. TC Cráneo sin contraste: estudio dentro de la normalidad. PCR COVID-19: negativo.

Enfoque individual: independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Intolerancia a codeína y betabloqueantes. Antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular permanente anticoagulado, cardiopatía isquémica y depresión mayor con dos intentos

autolíticos previos mediante ingesta medicamentosa. Reciente revisión por psiquiatría (privado) que pauta Escitalopram 15 mg/24 h y mirtazapina 15 mg/24 h.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear en etapa de contracción, fase centrífuga. Casado. Buena relación con pareja e hijos. Red social con alto apoyo. Barrio nivel socio-cultural bajo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síncope de perfil cardiogénico. Otros: intento autolítico por ingesta medicamentosa, crisis epiléptica, vértigo, drop-attack, hipoglucemia, caída accidental, AIT, pseudosíncope psicógeno.

Tratamiento, planes de actuación: al alta: conciliación medicamentosa. Seguimiento por Psiquiatría, Cardiología y Medicina de Familia.

Evolución

Durante su estancia en observación permanece estable. En telemetría se objetiva taquicardia ventricular monomórfica no sostenida por lo que finalmente ingresa en Cardiología por Síncope de probable origen cardiogénico siendo dado de alta en 3 semanas.

Conclusiones

Realizar una correcta anamnesis es una de nuestras herramientas más valiosas. Ante cualquier paciente inconsciente no podemos pasar por alto la realización de un electrocardiograma. En nuestro caso, abordamos a un paciente polimedcado con fármacos que aumentan el intervalo QT que propiciaron el episodio.

Palabras Clave

Depression, Syncope, Tachycardia Ventricular.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Paciente joven con palpitaciones

Gallardo Garces M¹, Gámez Mena C², Guerrero López M²

¹ Médico de Familia. CS Federico Rubio, Puerto de Santa María (Cádiz)

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico Rubio, Puerto de Santa María (Cádiz)

Ámbito del caso

Se presenta un caso clínico de un paciente joven, con un diagnóstico de sospecha de Sd de Brugada tras valoración en Atención Primaria y Cardiología.

Motivos de consulta

Es un paciente de 30 años, acude a consulta, para aportar Informe de Urgencias hospitalaria tras haber consultado por palpitaciones y dolor torácico atípico, es diagnosticado de Sd ansioso y dolor torácico atípico. La paciente continua con episodios de palpitación.

Historia clínica

En CS se realiza ECG: RS a 70 lat/min, elevación descendente del segmento ST >2 mm seguida de onda T negativa en V1-V3. Ante la sospecha de Sd de Brugada consulto con cardiólogo de referencia, confirmándose patrón de Brugada Tipo I.

Enfoque individual: atención integral al paciente, que necesita atención y seguimiento por parte del Médico de Familia y cardiología como parte de la interrelación Atención Primaria y atención secundaria para la adecuada identificación y control de la enfermedad.

Enfoque familiar y comunitario: se inicio estudio en familiares de primer grado para descartar en ellos síndrome de Brugada ya que se transmite característicamente según un patrón de herencia autosómico dominante.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: es diagnosticado de Patrón de Brugada Tipo I. Control por MAP. Se entrega relación de fármacos y medidas preventivas a tener en cuenta dada su patología de base ante la aparición de fiebre, mareos, síncope, presíncope, debe acudir a Urgencias. Para poder consultar fármacos u otras recomendaciones se aconseja visitar: <http://www.brugadadrugs.org>

Tratamiento, planes de actuación: la actitud final, como hemos contado es un seguimiento estrecho por parte de su Médico de Familia y cardiología.

Evolución

Se realizan controles médicos con regularidad, para estar seguro que la afección esté bajo control.

Conclusiones

La relevancia de este caso es la importancia de la muerte súbita en pacientes jóvenes y en el control periódico del paciente y familiares por su Médico de Familia para evitar complicaciones y la correcta información que debe de tener el paciente y todos los profesionales de la salud sobre los medicamentos y situaciones que deben evitar estos pacientes.

Palabras Clave

Síndrome de Brugada, Síncope, Muerte súbita, Palpitaciones.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

El AIT también es cosa de jóvenes

Jiménez Gómez-Casero M¹, Feijoo Fernández S², Jiménez Rivas A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria y atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Varón de 24 años que acude porque, con el ejercicio de Valsalva, ha presentado episodio de cefalea intensa con disfasia mixta, parestesias en hemicara y miembros derechos de minutos de duración.

Historia clínica

Paciente sin antecedentes de interés que tras presentar un episodio de cefalea con focalidad neurológica autolimitado con la realización de ejercicio físico, consulta para saber si lo ocurrido es normal. Se deriva a neurología de forma preferente y se aconseja acudir a urgencias. En urgencias se realiza TC craneal con resultado normal y se contacta con Neurólogo de guardia, que lo ingresa en planta para estudio, con hallazgo de foramen oval permeable.

Enfoque individual: a pesar de ser una persona aparentemente sana hasta el momento, el episodio sufrido puede deberse a causas que requieran actuación urgente, por lo que se hace necesario descartar patología que pueda comprometer la vida del paciente y que requiera de dichas actuaciones.

Enfoque familiar y comunitario: dado que se trata de un paciente mayor de edad, explico posibles causas del episodio sufrido y que debe acudir a urgencias para valoración dado que las citas de las pruebas complementarias solicitadas

desde Atención Primaria pueden demorarse en el tiempo, y por la clínica que ha tenido el paciente, debe valorarse en el momento para descartar causa urgente.

Diagnóstico diferencial con cefalea de tipo migraña con aura, proceso tumoral, hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma y AIT.

Juicio clínico: AIT (accidente isquémico transitorio) secundario a FOP (foramen oval permeable).

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a urgencias para realización de pruebas complementarias urgentes, donde se descarta proceso agudo intracraneal que precise tratamiento urgente. Ingresar en planta para completar estudio y se filia y corrige la causa del AIT.

Evolución

Evolución favorable tras intervencionismo, sin nuevos episodios de AIT.

Conclusiones

Hay que considerar el AIT como probable diagnóstico cuando hay clínica neurológica autolimitada a pesar de tratarse de una persona joven.

Palabras Clave

Accidente Isquémico Transitorio, Foramen Oval Permeable, Migraña con Aura.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Disnea en paciente dependiente

Ramos Suárez F¹, Cabello de Alba Fernández C² Valdés Lázaro J¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea a mínimos esfuerzos y edema MMII.

Historia clínica

Paciente varón de 67 años sin factores de riesgo cardiovasculares (no HTA, ni DM ni dislipemia). No hábitos tóxicos. Retraso mental. Antecedente de dos neumonías. Pauta de vacunación COVID completa.

Enfoque individual: presenta edemas en ambos miembros inferiores y disnea de dos semanas de evolución. En los últimos dos días, sufre una reagudización de la clínica. Afebril, sin síntomas miccionales ni cambios en el hábito intestinal. AC: tonos rítmicos, taquicárdicos, con leve soplo sistólico. AP: MVC, sin auscultarse ruidos patológicos sobreañadidos. MMII: edemas con fóvea +++ hasta rodillas. ECG: ritmo sinusal a 114 lpm, con T negativa en DI y AVL. RX de tórax: índice cardiorácico aumentado, con pinzamiento de senos costofrénicos bilaterales.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Cuenta con buen apoyo familiar, vive con su madre y su hermana que son sus cuidadoras.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se plantea un diagnóstico diferencial con patologías respiratorias (aguda: neumotórax, embolia; o progresiva: neumonía, EPOC...), patologías

cardíacas (infarto agudo de miocardio, taponamiento cardíaco) o por otras causas como anemia, parálisis diafragmática. Diagnóstico: insuficiencia cardíaca descompensada por debut de miocardiopatía dilatada.

Tratamiento, planes de actuación: ante la clínica se decide derivar al servicio de Urgencias. Se realiza analítica, radiografía de tórax, ECG, Ecocardiograma transtorácico y coronariografía. Se ingresa en medicina interna donde se administra omeprazol 20 mg, furosemida 40 mg, bisoprolol 2,5 mg, sacubitril-valsartan 24mg, dapagliflozina 10 mg y espironolactona 25 mg.

Evolución

El paciente se encuentra estable, por lo que se decide su traslado al hospital de referencia para continuar con su estudio y seguimiento por parte del servicio de Cardiología.

Conclusiones

Tendemos a pensar ante un paciente con disnea que la causa es respiratoria, pero en gran parte de las ocasiones, la causa puede ser cardíaca. En pacientes con disnea progresiva y edemas en miembros inferiores debemos plantear una insuficiencia cardíaca como una de las etiologías más frecuentes. Un buen apoyo familiar y/o social es muy importante para el cuidado de la salud, especialmente en pacientes dependientes para las actividades básicas. Este apoyo es fundamental para prevenir y detectar precozmente enfermedades, lo que permite un mejor pronóstico.

Palabras Clave

Disnea, Insuficiencia Cardíaca, Edemas.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

¡Cuidado con el mojito!

Ávila Álvarez L¹, Dorado Fajardo J¹, Morilla Roldan C²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 31 años con AP de embarazo de 20 semanas que acude por aparición de lesiones cutáneas en dorso de las manos, dedos y piernas desde hace una semana. Relaciona las mismas con paseo en barco en Menorca junto con varias amigas, presentando tres de ellas las mismas lesiones. Refiere que estuvieron tomando el sol y consumiendo mojitos durante varias horas. Niega transgresiones dietéticas ni inicio de tratamiento farmacológico reciente. No otra sintomatología.

Historia clínica

Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Presenta varias máculas eritematovioláceas y ampollas distribuidas en dorso de las manos y dedos, pierna derecha, región superior de tórax y abdomen. Llama la atención la distribución en zonas fotoexpuestas respetando la zona del bañador. ACR: rítmica y regular sin soplos. MVC bilateralmente sin ruidos patológicos sobreañadidos. ORL sin hallazgos. Abdomen anodino. MMII sin edemas ni signos de TVP.

Enfoque individual: independiente para ABVD.

Enfoque familiar y comunitario: no procede

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: el juicio clínico es fitofotodermatosis por lima tras elaboración de mojitos. El diagnóstico diferencial debe establecerse con dermatosis del embarazo, quemaduras, conectivopatías, dermatitis por

sustancias químicas, reacciones medicamentosas o a alimentos.

Tratamiento, planes de actuación: el tratamiento se basa en la aplicación de fomentos húmedos, corticoides tópicos y antihistamínicos. En casos de gran afectación cutánea se puede valorar la aplicación de corticoides sistémicos.

Evolución

Se trata de una reacción cutánea a la exposición solar tras el contacto previo con plantas o frutas como la lima, el limón y el apio. Suelen ocurrir 24-48 h tras el contacto con plantas que contienen sustancias fototóxicas (furocumarinas o psoralenos), seguido de exposición a luz UVA y cierta humedad cutánea que facilite la entrada del fotosensibilizante. Se caracterizan por la aparición de máculas eritematovioláceas, vesículas y ampollas localizadas en áreas fotoexpuestas que pueden simular quemaduras. Ocasionalmente se acompañan de prurito. La hiperpigmentación parda residual que puede permanecer meses. Siete días después, la paciente es citada en nuestra consulta para revisión, habiendo experimentado una notable mejoría con desaparición de la mayoría de las lesiones.

Conclusiones

El diagnóstico de esta dermatosis es clínico, por lo que el papel del Médico de Familia es fundamental debiendo realizar una correcta anamnesis que oriente el diagnóstico.

Palabras Clave

Fotosensibilización, Mojito, Luz Solar.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Importancia de la anatomía patológica y teleconsulta en atención primaria

Pegalajar Moral B¹, Sillero Ureña M², Fernández Porcel A¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle-Julián Cabrera. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria rural.

Motivos de consulta

Lesión piel.

Historia clínica

Paciente mujer de 35 años sin antecedentes de enfermedad ni tratamiento previo.

Enfoque individual. Anamnesis: paciente que acude a nuestra consulta por una lesión en piel en la región anterior de pierna derecha de 0.5cm desde hace tres meses. Quiere extirparla.

Exploración: lesión de aspecto nodular de 0,5cm de diámetro en la región anterior de pierna derecha desde hace tres meses, color rojizo, sin molestias ni dolor a la palpación. Paciente con piel clara, fototipo II.

Enfoque familiar y comunitario: casada, 2 hijos, no antecedentes familiares ni personales de ningún tipo.

Juicio clínico: enfermedad de Bowen.

Diagnóstico diferencial: dermatofibroma vs verruga vs enfermedad de Bowen.

Identificación de problemas: macroscópicamente las lesiones de piel pueden camuflarse y no detectarse cuál es la lesión real.

De ahí la importancia de la teleconsulta con dermatología si hay posibilidad y si no la extirpación profiláctica como es nuestro caso.

Tratamiento, planes de actuación: cirugía menor, con previa asepsia y anestesia local, se procede a escisión en huso de la lesión con bisturí frío y cierre con seda 20 (siendo necesarios 3 puntos de sutura). Posteriormente se ofrecen cuidados de curas y consejos. Tras el informe de Anatomía Patológica donde los bordes están libres de enfermedad, no se necesita otra intervención ni ningún otro tratamiento, tan solo vigilar la aparición de posibles nuevas lesiones.

Evolución

Sin nuevas lesiones a día de hoy.

Conclusiones

La teleconsulta con dermatología habilitada en las consultas de Atención Primaria es de vital importancia. Además, si nos encontramos en un centro donde no dispongamos de esta, ante duda frente a lesión macroscópica en cirugía menor, hacer una escisión intentando dejar bordes libres, y evitar que los pacientes tengan que ser reintervenidos o tener un tratamiento más agresivo. Las lesiones macroscópicas pueden camuflarse entre ellas y hacernos cometer errores.

Palabras Clave

Bowen, Teleconsulta, Lesión Piel.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Vitíligo, ¿sólo cuestión de piel?

Castillo Berenguel M¹, González Rueda D², alcázar Carrillo P³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

³ Médico de Familia. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 25 años que consulta telefónicamente, aparición de lesiones blancas, no pruriginosas, en cara y axila de 1 semana de evolución.

Historia clínica

Emplazamos al paciente a consulta presencial para observar las lesiones y solicitamos consentimiento informado para realización de este caso. AP: hiperhomocisteinemia severa, fumador.

Enfoque individual. Exploración: lesiones hipocrómicas, bien definidas, no confluyentes, en ambas axilas y surco naso geniano.

Enfoque familiar y comunitario: AF: madre hiperhomocisteinemia severa, DM, psoriasis.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: lesiones compatibles con vitíligo. Encontramos tras búsqueda bibliográfica, relación entre vitíligo con hiperhomocisteinemia y niveles séricos disminuidos de vitamina B12 y ácido fólico. El vitíligo es una hipocromía con una prevalencia mundial del 0,5-1% presentándose con más frecuencia antes de los 20 años. Se caracteriza por la presencia de manchas acrómicas o hipocrómicas asintomáticas debido a un fenómeno autoinmune que causa la destrucción de los melanocitos. Como posibles causas; alteraciones genéticas, factores ambientales, fenómenos autoinmunitarios... Existe un riesgo aumentado de padecer otras enfermedades autoinmunes (psoriasis, alopecia areata, DM1, lupus, artritis reumatoide, enfermedades tiroideas). Además, pueden observarse alteraciones auditivas (hipoacusia

neurosensorial, tinnitus, vértigo...) o visuales (uveítis). El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

La homocisteína procede del metabolismo de la metionina, aminoácido esencial obtenido de la dieta. Las vitaminas B6, B12 y ácido fólico intervienen reduciendo la cantidad de homocisteína sérica. Ante un déficit en uno o varios de estos factores, la acumulación de homocisteína da lugar a hiperhomocisteinemia. La prevalencia de hiperhomocisteinemia en España es del 29-33%. La homocisteína es significativamente menor en mujeres que en varones y aumenta con la edad, especialmente en mujeres. El acúmulo de homocisteína puede dañar el endotelio vascular, relacionándose con enfermedad cardiovascular.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento actual: ácido fólico y vitamina B12. Explicamos naturaleza y pronóstico de las lesiones al paciente, que rechaza valoración por dermatología en este momento y prefiere seguimiento por nuestra parte. Pautamos tratamiento con corticoide tópico, 1 aplicación diaria y exposición solar.

Evolución

Actualmente, el paciente no refiere aumento mayor número de lesiones ni de su tamaño y continúa tratamiento.

Conclusiones

Ante un paciente que debuta con vitíligo, pensar en posibles trastornos metabólicos concomitantes. Recomendamos solicitar niveles séricos de homocisteína, vitamina B12 y ácido fólico.

Palabras Clave

Vitíligo, Hiperhomocisteinemia, Ácido Fólico.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Vasculitis en Atención Primaria

Amezcuca Dávila M, Rivera Sanchez A

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 23 años que acude a consulta por lesiones ulceradas y dolorosas en miembros inferiores.

Historia clínica

Paciente de 23 años que acude a consulta de AP por presencia de lesiones ulceradas, eritematosas y dolorosas en MMII, acompañadas de sensación de parestesias. Refiere que estas lesiones aparecen y desaparecen a lo largo del año, enfatizándose en los meses de calor.

Enfoque individual: la paciente no tiene alergias medicamentosas conocidas, exfumadora, bebedora ocasional, No HTA, no DM, no DLP. Con obesidad central. A la exploración se observan lesiones ulceradas en región anterior de ambos miembros inferiores.

Enfoque familiar y comunitario: como antecedentes familiares su abuela paterna está diagnosticada de psoriasis.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: posible Vasculitis, hacemos *diagnóstico diferencial* con TVP, trombosis secundarias a fármacos, posibilidad de pioderma gangrenoso asociado a enfermedad sistémica. Uno de los problemas más relevantes

de nuestra paciente es la estética de las lesiones ya que tiene 23 años. Por otro lado, las repercusiones a nivel sistémico que pueda tener los tratamientos y la propia enfermedad que sospechamos.

Tratamiento, planes de actuación: desde la consulta de Atención Primaria la derivamos al servicio de Dermatología y Medicina interna de forma preferente. Iniciamos un ciclo de corticoides. Valoramos a la paciente en 10 días en consulta para ver evolución.

Evolución

Responde bien a corticoides sistémicos con mejoría de lesiones. Está más tranquila a nivel emocional. La ven en consulta de dermatología y de medicina interna diagnosticándose de vasculitis leucocitoclástica de pequeño y mediano calibre y endoteliomatosis reactiva.

Conclusiones

Con este caso llegamos a la conclusión de que los Médicos de Atención Primaria son los primeros en valorar al paciente y que podemos ayudar a nuestros pacientes de primera mano, y no sólo con tratamiento farmacológico, diagnosticando y derivando al sitio adecuado, sino acompañando a la persona que tenemos al lado.

Palabras Clave

Diagnóstico, Vasculitis, Atención Primaria.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Diagnóstico diferencial de una lesión en complejo aréola-pezones: a propósito de un caso

Kránicz H¹, Viejo Maya Z¹, Thomas Carazo E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

² Médico de Familia Adjunto. Tutor de MIR MFyC. CS Gran Capitán. UD Multiprofesional. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente, mujer de 22 años que consulta por lesión descamativa en complejo aréola-pezones izquierdo de 6 meses de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: queratitis herpética y herpes genital. No precisa tratamiento habitual. Niega hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas conocidas.

Enfoque individual. Anamnesis: refiere lesión en complejo areola-pezones izquierdo de carácter descamativo y prurito asociado de unos 6 meses de evolución. No presenta secreción. Niega signos flogóticos, supuración, así como fiebre o sensación distérmica. No presenta otra sintomatología asociada.

Exploración: fototipo V. Placas hiperpigmentadas, liquenificadas y descamativas de bordes irregulares, confluentes, de aproximadamente 7 cm de diámetro en su totalidad, localizado en complejo areola-pezones izquierdo. No presenta afectación en la piel mamaria circundante. No dolor a la palpación. Sin signos de infección. No se palpan nódulos ni placas en mama izquierda. No presenta adenopatías axilares palpables. Resto de exploración sin hallazgos.

Pruebas complementarias: biopsia punch cutánea: hiperplasia epidérmica levemente

papilomatosa con espongiosis y discreta exocitosis linfocitaria. Hallazgos histológicos sugestivos de dermatitis espongíotica.

Diagnóstico diferencial: lesiones cutáneas benignas: eccema, dermatitis de contacto, psoriasis, mastitis periductal y abscesos, adenomatosis de pezón, enfermedad de Zuska o metaplasia escamosa de los ductos galactóforos, papiloma intraductal, tumor siringomatoso del pezón, quiste de inclusión epidérmico. Lesiones cutáneas malignas: enfermedad de Paget, enfermedad de Bowen, melanoma de extensión superficial, carcinoma ductal infiltrante.

Tratamiento, planes de actuación: se pautan varios ciclos de tratamiento con corticoide tópico sin respuesta, por lo que se decide realizar biopsia tipo punch, que confirmó benignidad de la lesión.

Evolución

Respuesta lenta pero favorable al tratamiento con corticoides tópicos, por lo que se decide mantener el tratamiento tópico y seguimiento estrecho.

Conclusiones

Ante la presencia de una lesión en piel mamaria aparentemente benigna pero persistente a pesar de tratamiento tópico, deberíamos de plantear la realización de biopsia cutánea y/o prueba de imagen con el fin de evitar una demora en el diagnóstico e inicio de tratamiento de lesiones potencialmente malignas.

Palabras Clave

Paget's Disease, Mammary, Eczema, Dermatitis.

ÁREA: DIGESTIVO

Lumbalgia como síntoma inicial de un proceso neoplásico

Palomo Ruiz A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Roquetas Norte. Hospital de Poniente. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia y empeoramiento de Síndrome de Intestino Irritable.

Historia clínica

Mujer de 36 años que acude a Atención Primaria tras varias consultas en urgencias por lumbalgia de 4 meses de evolución sin mejoría con antiinflamatorios y empeoramiento de SII, predominio diarreico.

Enfoque individual: antecedente de SII. No hábitos tóxicos.

A la exploración dolor a la palpación de columna lumbar alta, leve contractura de musculatura paravertebral al mismo nivel. RX de columna normal. Se comienza tratamiento con tramadol, se solicita analítica y se deriva a Digestivo. En consulta de Digestivo, la diarrea ha mejorado y la analítica es normal, se da de alta. De nuevo acude a AP por persistencia de lumbalgia, se realiza pauta de corticoides, se solicita RM de columna lumbosacra y se deriva a rehabilitación.

La RMN únicamente revela reducción de altura y acúñamiento de D12. Vuelve al mes siguiente por no mejoría del dolor, pérdida de 7 kg en los últimos 3 meses y aparición de masa supraclavicular. Se deriva a medicina interna y se realiza ecografía de la masa que informa de adenopatías atípicas indicando descartar enfermedad linfoproliferativa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: lumbalgia resistente a tratamiento, con exploración y pruebas de imagen sin hallazgos importantes. Fractura patológica metastásica a identificar tumor primario.

Tratamiento, planes de actuación: se escala tratamiento analgésico a parches de fentanilo. Se deriva a estudio por Medicina Interna, con seguimiento desde Atención Primaria.

Evolución

Medicina interna solicita Body TAC que destaca fractura patológica de D12, engrosamiento de pared gástrica y múltiples adenopatías diseminadas. Se realiza biopsia de masa supraclavicular y endoscopia digestiva alta con toma de biopsias y se confirma adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello metastásico. Se comienza tratamiento con quimioterapia, pero el TAC de control reveló progresión de enfermedad. Se decide parar tratamiento y se comienza cuidados paliativos con fallecimiento de la paciente 1 mes después.

Conclusiones

La lumbalgia es un motivo de consulta frecuente en AP y servicios de urgencias. Es importante identificar signos de alarma que nos puedan orientar a un proceso maligno para realizar un manejo correcto de estos pacientes y acelerar el proceso diagnóstico.

Palabras Clave

Lumbalgia, Metástasis, Adenocarcinoma.

ÁREA: DIGESTIVO

Poliquistosis hepática, una entidad rara

Cajal Ortega B, Luengos Fernández C, Guerrero Frías F

Médico de Familia. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

Ámbito del caso
CS.

Motivos de consulta

Dolor en hipocondrio derecho (HCD).

Historia clínica

Varón de 56 años que acude a consulta por dolor en hipocondrio derecho de meses de evolución asociado a molestias abdominales inespecíficas. No otra sintomatología concomitante. La exploración física resulta anodina, presentando leve dolor a la palpación en HCD. Se pauta omeprazol y se solicita analítica sanguínea. Semanas más tarde recoge los resultados de la analítica en la que hemograma, coagulación y bioquímica con perfil hepático resultan estrictamente normales.

Enfoque individual: no presenta antecedentes personales de interés ni toma ninguna medicación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: el diagnóstico diferencial se estableció entre barro biliar, colestasis, celiaquía, intolerancias alimentarias, hepatitis y síndrome del intestino irritable.

Tratamiento, planes de actuación: continuaba refiriendo molestias y dolor, por lo que se decidió solicitar ecografía hepática. En ella se objetivaron múltiples imágenes quísticas en hígado no sugestivas de malignidad. Se derivó al especialista de Aparato Digestivo quien solicitó TC abdominal para completar el estudio. Fue

diagnosticado finalmente de Poliquistosis hepática.

Evolución

El paciente presenta una función hepática normal, por lo que no requiere tratamiento. Es seguido en Digestivo cada 6 meses.

Conclusiones

La enfermedad poliquistica hepática es una enfermedad hereditaria, caracterizada por la presencia en el parénquima hepático de múltiples quistes dispersos de origen biliar. Generalmente se observa relacionada con la poliquistosis renal, pero, de forma muy excepcional, se puede observar aislada como una entidad única. Se trata de una enfermedad rara, con una incidencia menor al 0,01%. Los quistes se desarrollan a partir de los 40 años, y su número y tamaño aumentan con la edad. En muchos el diagnóstico es incidental al realizar una ecografía. Si producen manifestaciones clínicas lo hacen por efecto masa (distensión abdominal, sensación de plenitud o dolor lumbar), o por complicaciones de los quistes. La ecografía y la tomografía axial computarizada resultan útiles para establecer el diagnóstico diferencial y seguimiento de las lesiones. No existe tratamiento. Cuando los síntomas son intensos existen varias opciones, como la aspiración percutánea y esclerosis de los quistes, la fenestración, o actuaciones más agresivas como la hepatectomía parcial, e incluso en casos excepcionales el trasplante hepático.

Palabras Clave

Poliquistosis Hepática, Hereditario, Hígado.

ÁREA: DIGESTIVO

A caballo entre la medicina pública y la privada

Suárez Vega A, Martínez Pino E

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre de larga evolución, astenia, caquexia y malestar general.

Historia clínica

Antecedentes personales. Fumadora. Asma, Migraña, Rinitis, Piel atópica. Tratamiento: rizatriptán, Lorazepam, Omeprazol.

Anamnesis: mujer de 40 años que en agosto de 2019 comienza con fiebre y mialgias siendo diagnosticada de posible infección por Rickettsia Conorii. Intervenida de litiasis biliar por ser posible causa de la fiebre (10/20). Se complica por fístula biliar/desconexión de colédoco. Se reinterviene con sección de asa intestinal y reconstrucción. Posteriormente pérdida de peso, astenia, episodios de colangitis. En febrero 2021 se detecta tumor neuroendocrino pancreático. Astenia intensa. Febrícula diaria. Náuseas y pérdida de 3 kilos en el último mes. Deposiciones amarillentas. Ictericia. Prurito. Seguida por Oncóloga y Médico Internista en ámbito privado. Sufre una desatención por parte de las especialidades de Digestivo y Medicina Interna del SAS, menos por su MAP (realiza todo el seguimiento tanto de la historia del SAS como de lo privado).

Enfoque individual. Exploración física: afebril. IMC: 15.97. No ictericia, Lesiones hipopigmentadas en axila y zona costal izquierda. Lesiones por abrasión en EEII. No adenopatías. ACN y abdomen normal.

Pruebas complementarias: TAC 21/1/21: cambios postquirúrgicos. Mínima ectasia de vasos intrahepáticos. Páncreas normal. No

adenopatías. Ecoendoscopia y Biopsia páncreas 11/2/21: AP: tumor neuroendocrino bien diferenciado grado 1. Colangio RMN 21/05/2021: en cuerpo pancreático imagen sugestiva de neoplasia pancreática de estirpe neuroendocrina. Esplenomegalia. Pruebas realizadas ámbito privado: hemograma normal, VSG 11, PTHI normal, ab TPO 37 (indeterminado), BBT 2,0, BBD 1,6, BBI 0,4, GOT 103, GPT 156, GGT 1294, FA 736, LDH 187 Col t 194, TC 76, p ANCA 14, screening anticuerpos reumáticos negativos, HLA B27 negativo.

Enfoque familiar y comunitario: paciente económicamente capaz de costearse una medicina privada.

Diagnóstico diferencial: rickettsiosis persistente, tumor neuroendocrino.

Juicio clínico: glucagonoma.

Tratamiento: no se decide tratar en SAS.

Planes de actuación: cirugía de páncreas en ámbito privado.

Evolución

La paciente recibe negativa por parte del sistema público para su operación. En ámbito privado le realizan la extirpación de nódulos pancreáticos. Desde entonces asintomática.

Conclusiones

Solo desde AP fue posible coexionar la historia médica privada junto con la pública y llevar un seguimiento de la paciente hasta conseguir la mejoría clínica.

Palabras Clave

Páncreas, Glucagonoma, Rickettsia.

ÁREA: DIGESTIVO

Enfisema subcutáneo cervical tras vómitos: a propósito de un caso

Olivares Loro A¹, Guerrero Ponce J¹, González Díaz L²

¹ Médico de Familia. CS Mentidero. Cádiz

² Médico de Familia. CS Puerta Tierra. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Varón de 23 años sin antecedentes personales de interés. Consulta en el CS por vómitos de 3 días de evolución tras transgresión dietética, fiebre y cambios en el tono de la voz junto con odinofagia. En el último día había comenzado a presentar dolor torácico inespecífico.

Historia clínica

A la anamnesis, comenta que 72 h antes había realizado una ingesta más copiosa de lo habitual tras lo cual había presentado unos 10-12 episodios de vómitos, presentando posteriormente odinofagia y dolor torácico. Ante la presencia de cambios en el tono de la voz, decide consultar.

A la exploración destaca desplazamiento de úvula y crepitación cervical bilateral, sugestiva de enfisema subcutáneo, muy llamativo, por lo que derivamos a urgencias hospitalarias para completar valoración y descartar absceso periamigdalino.

Se realiza RX donde se objetiva enfisema cervical y neumomediastino por lo que se realiza TAC cervical y torácico objetivándose neumomediastino, neumotórax y neumorraquis de probable origen esofágico. Se realiza esofagograma con contraste visualizándose signos indirectos de rotura esofágica en tercio medio anterolateral izquierdo. Analítica y electrocardiograma sin hallazgos relevantes.

Enfoque individual: dada la exploración física se deriva al paciente al hospital para descartar

patología subyacente que pudiese comprometer la estabilidad clínica. Tras los hallazgos de las pruebas complementarias el paciente ingresa a cargo de cirugía general habiendo sido valorado conjuntamente con digestivo.

Enfoque familiar y comunitario: se destaca la importancia de la accesibilidad al centro de Atención Primaria como primer punto de entrada. La valoración por el Médico de Atención Primaria fue decisiva de cara a la derivación urgente del paciente para completar el estudio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome de Boerhaave. Síndrome de Boerhaave, absceso periamigdalino, vómitos.

Tratamiento, planes de actuación: se decidió tratamiento conservador con ingreso durante 1 semana. Posterior revisión en consulta de cirugía general.

Evolución

Evolución favorable, tratamiento con dieta triturada y abstención de actividad física.

Conclusiones

El Síndrome de Boerhaave es la ruptura espontánea del esófago debido a un incremento súbito de la presión esofágica intraluminal después de vómitos forzados; es más común en pacientes de sexo masculino, entre los 40-70 años de edad, siendo una patología rara y letal si no es tratada a tiempo.

Nuestro paciente no presentó complicaciones.

Palabras Clave

Vómitos, Rotura Esofágica, Síndrome Boerhaave.

ÁREA: DIGESTIVO

Diagnóstico de cáncer de páncreas en tiempos de pandemia

Moyano Jiménez E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Polígono del Guadalquivir. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria, radiología y servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal asociado a diarrea.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin enfermedades de interés.

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía. Apendicetomía. Polipectomía.

Enfoque individual. Anamnesis: mujer que durante el confinamiento de 2020 consulta por dolor abdominal de carácter pélvico asociado a diarrea de dos meses de evolución. Exploración física normal con dolor a la palpación en hipogastrio sin megalias. Se descarta patología ginecológica urgente, persistiendo dolor lumbar. Posteriormente se queja de anorexia con disminución de peso y síntomas depresivos, por lo que se inicia tratamiento psicótropo que proporciona cierta mejoría.

En revisiones posteriores presenta cuadro constitucional con pérdida de 17 kg asociado a dolor periumbilical por lo que se realiza ecografía abdominal. En ella se encuentra una lesión sospechosa de cáncer de páncreas asociada a lesiones focales en hígado, por lo que se completa el estudio con un TAC abdominal que confirma nuestras sospechas.

Enfoque familiar y comunitario: familia normofuncional, gran apoyo social, nivel socio-económico medio.

Diagnóstico diferencial: incluimos: EIP (dolor en hipogastrio), dolor asociado a cambios degenerativos (dolor lumbar), síndrome depresivo (anorexia, tristeza) y neoplasia (síndrome constitucional).

Principales problemas: inespecificidad de la clínica, predominio de citas telefónicas y dificultad para la derivación por la pandemia.

Juicio clínico: cáncer de páncreas en estadio avanzado con metástasis.

Tratamiento, planes de actuación: derivación al servicio de aparato digestivo y oncología médica. Confirmación histológica e inicio de quimioterapia.

Evolución

Pancreatectomía distal y esplenectomía. Actualmente la paciente se encuentra estable, en seguimiento por oncología médica y Atención Primaria. Estable emocionalmente durante el proceso, con gran apoyo social.

Conclusiones

Durante la pandemia, hemos podido observar la importancia de la cita presencial con el paciente y de la realización de una correcta exploración física para el abordaje de diagnósticos complejos como este. Y también la capacidad del Médico de Atención Primaria para reinventarse y solventar las dificultades.

Palabras Clave

Pancreatic Neoplasm, Anorexia, Differential Diagnosis.

ÁREA: DIGESTIVO

Estreñimiento maligno

Serrano Vázquez P¹, Tena López J², Moreno Cruz M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan de Aznalfarache. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Hospitalización Cirugía.

Motivos de consulta

Estreñimiento de 2 días de evolución.

Historia clínica

Varón de 77 años que acude refiriendo alteración de su hábito intestinal habitual con estreñimiento de 2 días de evolución asociando leve dolor abdominal diseminado de tipo cólico. El paciente lo asocia con trasgresión dietética. Niega fiebre, náuseas, vómitos ni otra sintomatología por aparatos. Las deposiciones previas no presentan productos patológicos. Niega pérdida de peso. Hábito de vida sedentario.

Enfoque individual. Exploración física: t^a normal. Buen estado general. Independiente para las ABVD. Abdomen blando y depresible, algo distendido, sin masas ni megalias, levemente doloroso a la palpación diseminada, RHA algo disminuidos. Tacto rectal: no doloroso. Se palpa fecaloma que se extrae.

Pruebas complementarias: solicitamos RX abdomen con dilatación de asas y niveles hidroaéreos. Se realiza TC abdomen con hallazgo altamente sugestivo de neoplasia estenosante de recto superior que condiciona dilatación de colon con un diámetro de aproximadamente 8 cm. Dudosas imágenes de LOES hepáticas.

Enfoque familiar y comunitario: estudio genético de mutaciones cáncer de colon. Colonoscopia precoz a familiares.

Juicio clínico: neoplasia estenosante de colon con posibles metástasis hepáticas.

Diagnostico diferencial: hernias, tumores, divertículos, colitis inflamatoria, colon irritable, estreñimiento funcional por estilo de vida...

Tratamiento, planes de actuación: tras el diagnóstico se derivó de urgencias para atención hospitalaria siendo intervenido quirúrgicamente de urgencias con colostomía de descarga y posteriormente con hemicolectomía izquierda.

Evolución

Tras la intervención el paciente está pendiente de estudio de mutaciones y de iniciar tratamiento oncológico.

Conclusiones

El estreñimiento es un síntoma muy común en nuestras consultas, que a pesar de ser habitualmente de origen funcional y benigno no podemos olvidar que puede ser síntoma de una patología más grave.

Palabras Clave

Estreñimiento, Cáncer de Colon, CCR.

ÁREA: DIGESTIVO

No puedo tirar de mi cuerpo, pero al hospital no voy

De la Mata Morales I¹, Almenara Abellán M², Soriano Núñez M³

¹ Médico de Familia. CS Úbeda Este. Jaén

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda Este. Jaén

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda Este. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Astenia.

Historia clínica

Enfoque individual: mujer de 46 años. AP: HTA, ERGE. Sin tratamiento. Acude a consulta por cansancio desde hace meses. Refiere problemática social subyacente que le ha llevado a presentar una adicción al alcohol. No otra sintomatología.

Exploración: REG. COC. Palidez cutánea, tinte icterico. No flapping. AC: rítmica, soplo sistólico. AP: hipoventilación en base derecha. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. Ascitis no a tensión. Blumberg y Murphy negativos. MMII: edemas con fovea hasta muslos. Analítica desde AP: hemoglobina 5.2, hematocrito 18.9, VCM 102.7, plaquetas 24000, INR 2.02, bilirrubina total 3.70, directa 2.03, AST 79, ALT 47, GGT 181, albúmina 2.5.

Ante esto, la derivamos a urgencias hospitalarias y se realizó una RX de tórax (pinzamiento seno costofrénico derecho). Posteriormente la paciente ingresó para estudio endoscópico, con colonoscopia normal y diagnosticándose una gastropatía hipertensiva.

Enfoque familiar y comunitario: escaso apoyo familiar, viuda desde hace 2 semanas. Tiene 3 hijos, de los cuales sólo uno es conocedor del problema. Agresión sexual por parte de miembro de la familia. Nivel socio económico bajo. Antecedente laboral: hostelería.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hepatopatía

alcohólica. Anemia, esteatohepatitis no alcohólica, hepatitis viral, lesión por fármacos, hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson...

Tratamiento, planes de actuación: desde la consulta de AP se abordó la dependencia alcohólica y se derivó a urgencias para transfusión de 3 concentrados de hemáties e inicio de tratamiento (perfusión de furosemida IV). Fue dada de alta con tratamiento domiciliario (espironolactona, lactulosa, abstinencia alcohólica).

Evolución

Pusimos el caso en conocimiento de la trabajadora social para un abordaje conjunto. Estuvimos revisando a la paciente periódicamente, ya que se negaba a ingresos hospitalarios pese a descompensaciones. Sólo en una de las ocasiones acudió acompañada por un hijo y fue cedió a nueva derivación hospitalaria, siendo ingresada y completando estudio endoscópico.

Conclusiones

El enolismo crónico provoca lesión hepatocelular difusa que implica un estado inflamatorio persistente conllevando en última instancia progresión a cirrosis hepática. Durante el curso de la enfermedad hepática pueden aparecer encefalopatía hepática, descompensaciones de la hipertensión portal (hemorragia digestiva alta por varices) o descompensación hídrica. Por ello, es de vital importancia una buena relación Médico-paciente para acompañar en la deshabitación enólica y abordar, no solo la esfera biológica sino las tres esferas: biopsicosocial.

Palabras Clave

Alcohol, Hepatopatía, Biopsicosocial.

ÁREA: ECOGRAFÍA

Dolor abdominal en servicio de urgencias de atención primaria. A propósito de un caso

Góngora Martín L¹, Uroz Campoy J², Alonso García F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cuevas del Almanzora. Almería

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cuevas del Almanzora. Almería

³ Médico de Familia Adjunto. CS Cuevas del Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 60 años que acude al servicio de urgencias de Atención Primaria por dolor abdominal generalizado continuo y no irradiado, junto con náuseas, sensación distérmica no termometrada e hiporexia de 24 horas de evolución.

Enfoque individual: el paciente es hipertenso en tratamiento y tiene colelitiasis. Presentó un episodio de cólico biliar hace un año.

A la exploración se encuentra cociente, orientado y colaborador, con regular estado general, febril, con abdomen blando, depresible, muy doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y flanco derecho, con Blumberg negativo y Murphy positivo. Peristalsis normal. Eupneico en reposo. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos agregados. Sin edemas. Sin focalidad neurológica.

Le realizamos en el CS una ecografía abdominal clínica observándose una vesícula biliar aumentada de tamaño con bordes mal definidos y engrosamiento de su pared (6-7 mm), con múltiples litiasis en su interior. Murphy ecosonográfico positivo. Calibre de colédoco conservado, y sin otros hallazgos patológicos de interés.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: colecistitis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: en el CS cogemos una vía intravenosa al paciente para tratamiento analgésico, antiemético, antibiótico empírico y sueroterapia, y lo trasladamos al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital de referencia para continuar con la realización de pruebas complementarias.

Evolución

En el Hospital confirman nuestro diagnóstico tras la re-exploración física y la realización de más pruebas complementarias (analítica, ecografía abdominal y TC abdominal), entrando el paciente a quirófano.

Conclusiones

La identificación de esta patología desde Atención Primaria, que requiere una actuación urgente, con la ayuda de una ecografía abdominal clínica como complemento a una completa anamnesis y exploración física del paciente supone una mejora significativa para el manejo precoz de estos pacientes, evitando posibles errores diagnósticos con demoras en el tratamiento y por tanto la aparición de complicaciones como: perforaciones de vesícula, abscesos, etc. Los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras Clave

Gallbladder, Gallstones, Cholecystitis.

ÁREA: ECOGRAFÍA

Doctora, me duele la garganta

Castillo Rodríguez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Linarejos. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Odinofagia.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés.

Enfoque individual. Anamnesis: mujer de 31 años acude a consulta de Atención Primaria (AP) por odinofagia y dolor a la palpación en cuello, con fiebre de varios días. Fue a urgencias y le pautaron antibiótico por sospecha de infección dental sin mejoría.

A la exploración se observa inflamación e impactación de región cervical anterior izquierda por lo que se realiza ecografía de tiroides donde se visualiza área de hipoecogenicidad difusa en lóbulo tiroideo izquierdo con ausencia de vascularización en dicha zona.

Se solicita entonces analítica de sangre con perfil tiroideo y se pauta ibuprofeno. En analítica se muestra: VSG 94, TSH 0.01 y T4 4.53. Anticuerpos anti-TPO y anti-TG normales.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de interés.

Diagnóstico diferencial con otras entidades de hipertiroidismo más graves: graves-Basedow y bocio multinodular tóxico, además de infección dental o profunda del cuello como abscesos parafaríngeo y retrofaríngeo.

Juicio clínico: tiroiditis subaguda.

Tratamiento, planes de actuación: se trata con ibuprofeno cada 8 horas y propranolol 10 mg cada 12 horas y se realiza control analítico en 4 semanas.

Evolución

A los pocos días de tratamiento refiere que se encuentra mejor del dolor de cuello, aunque aparecen palpitaciones, nerviosismo y diarrea. Afebril. A la exploración está taquicárdica a 102 lpm con ECG de taquicardia sinusal, resto de la exploración física sin hallazgos significativos. Se decide aumentar dosis de propranolol 10 mg cada 8 horas. A las 4 semanas, en analítica persiste TSH 0.01 y mejoría de T4. Clínicamente la paciente se encuentra mejor, por lo que se va descendiendo dosis de propranolol según tolerancia de la paciente y se realiza control analítico en 3 meses. Pasados 3 meses en la analítica se observa normalización de parámetros tiroideos y ecografía sin alteraciones.

Conclusiones

Es un caso que presenta un amplio diagnóstico diferencial, pero a pesar de ello, se puede resolver en AP con una buena anamnesis y exploración física, acompañado de pruebas complementarias como la analítica y la ecografía. En especial, la ecografía es una herramienta muy útil para esclarecer el diagnóstico etiológico de manera precoz y así realizar un plan de actuación dirigido a la causa.

Palabras Clave

Tiroiditis, Ultrasonografía, Propranolol.

ÁREA: ECOGRAFÍA

Quinolonas y riesgo de tendinopatía

Escalona García C¹, Clavijo López B², Pache Ferrero L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carmona. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Sur Saladillo. Cádiz

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gévora. Badajoz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Talalgia.

Historia clínica

Varón, 62 años, sin alergias conocidas y sin antecedentes médicos de interés, salvo tratamiento reciente con quinolonas por cuadro bronquítico, que acude refiriendo dolor en ambos talones, sobre todo izquierdo, que le dificulta la deambulación sin otra clínica, de varias semanas de evolución. Niega traumatismo o sobreesfuerzo.

Enfoque individual. Exploración física: en decúbito prono distintos grados de flexión plantar entre ambos pies sin atrofia gemelar. Dificultad para deambular de puntillas. Signo del hachazo positivo. Thomson dudoso. Ante la sospecha de tendinopatía se realiza ecografía.

ECO: rotura parcial extensa tendón de Aquiles izquierdo con defecto focal entre los extremos del tendón de la porción interna, preservando únicamente la inserción distal algunas fibras de la porción externa del mismo. Distorsión de la configuración fibrilar y pérdida del paralelismo de las fibras tendinosas, con líquido anecoico entre los extremos. Rotura parcial del tendón de Aquiles derecho.

Juicio clínico: rotura tendón Aquiles por quinolonas.

Diagnóstico diferencial: tendinitis aquilea (inflamación), tendinosis (degeneración), rotura tendinosa, bursitis, artropatías, fracturas óseas,

síndrome Haglund, patología calcáneo o astrágalo (osteonecrosis...), síndrome túnel tarsiano, xantomatosis aquilea, idiopático...

Tratamiento, planes de actuación: tras confirmación ecográfica, se colocó férula posterior en equino, muletas de descarga, ajuste analgésico, heparina profiláctica y se solicitó revisión en Traumatología en 2 semanas.

Evolución

Evolución favorable, resolviéndose en dos meses con posterior rehabilitación.

Conclusiones

La afectación tendinosa es un efecto adverso poco frecuente secundario al tratamiento con quinolonas. Se estima una incidencia de 15-20 casos/100.000 tratamientos con estos antibióticos. El periodo de latencia entre el inicio del tratamiento y el desarrollo de la tendinopatía es variable. Factores como la edad avanzada, ser varón, uso de esteroides e insuficiencia renal están relacionados. El efecto no es dosis-dependiente. Cualquier tendón puede verse involucrado siendo el más común el Aquileo de forma bilateral. Destacar la importancia del uso racional del medicamento y del diagnóstico precoz en Atención Primaria. Considerar este efecto secundario dado el uso creciente de estos antibióticos siempre que exista una tendinopatía de causa no aclarada, ya que sólo la retirada puede evitar la rotura completa del tendón. La ecografía es útil para mostrar alteraciones precozmente y así evitar posibles complicaciones.

Palabras Clave

Quinolonas, Tendinopatía, Aquileo.

ÁREA: ENDOCRINO

“Bulto en el cuello” en consulta de atención primaria, a propósito de un caso

Góngora Martín L¹, Uroz Campoy J², Alonso García F³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cuevas del Almanzora. Almería

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cuevas del Almanzora. Almería

³ Médico de Familia Adjunto. CS Cuevas del Almanzora. Almería

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: sin interés para el caso.

Motivos de consulta

Bulto cervical de aparición reciente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: nódulo tiroideo a estudio.

Historia clínica

Mujer de 51 años que acude a consulta de Atención Primaria por aparición de bulto cervical antero-lateral derecho de 5-6 semanas de evolución. Con nuestra entrevista dirigida también nos indica que se encuentra más cansada, con menos apetito y que ha perdido unos 4 kg de peso. No presenta disfagia ni disnea.

Tratamiento, planes de actuación: derivamos a la paciente de forma preferente a consulta de Endocrino para continuar estudio.

Enfoque individual: la paciente es diabética tipo 2 y dislipémica en tratamiento con metformina/vildagliptina y simvastatina.

Evolución

Se realizó biopsia del nódulo en la que se apreció infiltración del tejido tiroideo por carcinoma indiferenciado. Se solicitó PET en el que se objetivó gran masa hipermetabólica en LTD que desplazaba cartílago tiroides y tráquea hacia la izquierda, compatible con naturaleza maligna. Se programó para tiroidectomía.

En la exploración física destaca: a nivel cervical: a la inspección se aprecia aumento de tamaño de la glándula tiroidea en lóbulo derecho, y con la palpación encontramos un nódulo sólido, de unos 6 cm de diámetro, no móvil, en dicha zona. No se palpan adenopatías cervicales. Resto de exploración sin hallazgos patológicos.

Conclusiones

Destacar la importante labor del Médico de Atención Primaria, como primer eslabón del sistema sanitario, para el diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías, en este caso sospechosas de malignidad, gracias a una completa historia clínica y a la ayuda de pruebas complementarias con tanta rentabilidad diagnóstica e inocuidad para los pacientes como la ecografía tiroidea. Los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, eje normal, sin trastornos en la repolarización. Ecografía tiroidea: nódulo en lóbulo derecho sospechoso de malignidad (heterogéneo, con calcificaciones, bordes mal delimitados, con vascularización central y periférica) Solicitamos analítica con función tiroidea. En una segunda consulta: analítica de sangre con función tiroidea normal y radiografía de tórax normal.

Palabras Clave

Thyroid Nodule, Thyroid Neoplasms, Thyroidectomy.

ÁREA: ENDOCRINO

Ansiedad, astenia y pérdida de peso en mujer de 43 años

Fernández Porcel A¹, Pegalajar Moral B¹, Sillero Ureña M²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Valle. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle-Julán Cabrera. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso.

Historia clínica

Mujer de 43 años que, en julio de 2020, consulta por astenia, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso de 16 kg en 7 meses. Tratamiento: escitalopram, lorazepam.

Enfoque individual. Antecedentes personales: trastorno ansioso-depresivo, alopecia areata, colestasis intrahepática gestacional, sintomatología gastrointestinal inespecífica de larga evolución que se había atribuido a ansiedad. En las analíticas sanguíneas presentaba leve elevación de fosfatasa alcalina (124,131,137 U/L) y ferropenia.

Enfoque familiar y comunitario: trastorno ansioso depresivo materno, problemas laborales y de pareja concomitantes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: la sospecha diagnóstica inicial fue gastritis crónica vs somatización crónica reagudizada por acontecimiento vital estresante. Se solicitó determinación de antígeno de *Helicobacter Piloni* en heces, que fue positivo. Realizó tratamiento erradicador con Metronidazol, Tetraciclina, Bismuto y Omeprazol, sin percibir mejoría. Fue derivada a digestivo. Se evidenció gastritis crónica sin metaplasia, erradiación de HP, divertículos aislados en sigma, hipercalcemia

12.2 mg/dl, hipofosfatemia 2.1 mg/dl y elevación de fosfatasa alcalina 151 U/l. Fue valorada por endocrinología, que sospechó hiperparatiroidismo primario agravado por déficit de Vit D (17.7 ng/ml). En pruebas de imagen y PAAF se detectó osteopenia en columna, hiperparatiroides patológica derecha y bocio nodular izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: se inició tratamiento con calcimiméticos (cinacalcet) y calcifediol. Se solicitó interconsulta con cirugía para abordaje quirúrgico (criterios quirúrgicos de paratiroidectomía por edad, osteopenia e hipercalcemia grave >11.5 mg/dl).

Evolución

Mala evolución, actualmente se encuentra en situación de incapacidad temporal. Realiza mal cumplimiento del tratamiento por persistencia de la clínica de mala tolerancia gastrointestinal. Ha presentado también varios cólicos nefríticos (probablemente derivados de la hipercalcemia). Se ha aumentado la dosis de cinacalcet a 120 mg.

Conclusiones

Las somatizaciones de la patología ansioso-depresiva deben ser un diagnóstico de exclusión. Las alteraciones analíticas leves, si persistentes y acompañadas de sintomatología, deben suponer una indicación de continuar investigando. Las determinaciones iónicas deben estar presentes en la práctica clínica habitual.

Palabras Clave

Hiperparatiroidismo Primario, Hipercalcemia, Hipofosfatemia, Fosfatasa Alcalina, Ansiedad, Somatización, Náuseas, Vómitos, Paratiroides

ÁREA: ENDOCRINO

Doctora ¿padezco de la próstata?

González Herrera C, Ternero Solís C

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares-San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Endocrino.

Motivos de consulta

Poliuria y polidipsia.

Historia clínica

Varón de 41 años, normopeso, sin AP de interés ni FRCV asociados. Como AF, destacar que su madre es diabética. No es fumador ni bebedor.

El paciente acude a nuestra consulta refiriendo que desde hace un mes aproximadamente presentaba poliuria y polidipsia que comenzaba a preocuparle, también nos refería que en estas últimas semanas había notado que estaba perdiendo peso, motivo por el cual se alarma y nos consulta. Niega polifagia. No se acompañaba de disuria, ni tenesmo vesical, ni hematuria. No presentaba alteraciones del hábito intestinal.

Se realiza analítica, con resultado de PSA en 2.5, HbA1c de 9, y glucosa en ayunas de 265, con el resto de parámetros analíticos dentro de la normalidad.

Enfoque individual: se le explica al paciente que padece una enfermedad metabólica, que es muy importante un adecuado manejo y control de la misma ya que en caso contrario podría desencadenar en una serie de problemas cardiovasculares, renales, visuales... que irán mermando su calidad de vida y su salud. Se indica que deberá cambiar totalmente sus hábitos de vida: se recomienda ejercicio físico, así como seguir una dieta estricta libre de azúcar y grasas.

Enfoque familiar y comunitario: se interroga acerca del apoyo familiar, así como de las facilidades que puedan aportarle o no a la hora de adoptar un estilo de vida más saludable.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: diabetes tipo mody

Diagnóstico diferencial: potomania, HBP, diabetes, ITU.

Tratamiento, planes de actuación: metformina 850 mg: 1 comprimido por la mañana. Insulina: se comenzó con 10 UI y posteriormente tras realización de controles de glucemia capilar se fue modificando dosis, en este caso, se fue aumentando hasta llegar al control de dichas cifras, que se consiguió con una dosis de 25 UI. Se derivó a Enfermería para proporcionarle información y enseñanza en cuanto al manejo de la administración de la insulina, así como para la realización de controles glucémicos. Se establecieron las revisiones que debería realizarse: pie diabético, retinografía... Se derivó a Endocrinología por sospecha de una diabetes tipo MODY.

Evolución

Se llevó a cabo control de HbA1c a los 3 meses del mismo, obteniendo una cifra de HbA1c de 7.5.

Conclusiones

Debemos establecer un abordaje multidisciplinar.

Palabras Clave

Poliuria, Polidipsia, Diabetes Tipo Mody.

ÁREA: ENDOCRINO

El injustamente infravalorado poder del ejercicio como tratamiento curativo de la diabetes tipo 2

Mendoza Dobaño T

Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Deseo de retirada de medicación para diabetes tipo 2.

Historia clínica

Trasplante hepático en 2012 por cirrosis hepática y ascitis refractaria. Tras la intervención se pautan corticoides e inmunosupresores. Como efectos secundarios del tratamiento sufre caída de dientes y aumento de glucemia (>500 mg/dl). Finalmente, es diagnosticado de diabetes tipo 2 y se le prescribe insulina rápida. Además, su peso aumenta, alcanzando 114 kg (IMC: 36'4). Se le recomienda hacer ejercicio y en especial bicicleta. Tuvo que esforzarse para habituarse al cambio de estilo de vida. Progresivamente se consigue control glucémico y continúa en seguimiento por Atención Primaria. En agosto de 2020 sufre subida persistente de glucemia.

Enfoque individual: normalización de las glucemias, medidas por él, en su domicilio (nunca superan los 130 mg/dl). Repasando analíticas previas se observa que en julio de 2020 tenía una glucemia de 129 mg/dl y una hemoglobina glicosilada de 11'7; mientras que en diciembre del mismo año la glucemia era de 110 mg/dl y la hemoglobina glicosilada de 6'2. Debido al aumento de glucemia en 2020 decidió aumentar los días de ejercicio (pasando de 3 días en semana, a 6 días). Recorre diariamente unos 70 km. Por la normalización de las glucemias, solicita finalizar el tratamiento.

Exploración: estatura 177 cm, peso 80 kg (IMC: 25'5), glucemia de 85 mg/dl y hemoglobina glicosilada de 5'7.

Enfoque familiar y comunitario: apoyo por parte de familiares y amigos, además cuenta con un grupo para hacer rutas de ciclismo.

Juicio clínico: regresión de diabetes tipo 2.

Diagnóstico diferencial: hiperglucemias secundarias a corticoides, diabetes tipo 2.

Tratamiento, planes de actuación: retirada de tratamiento. Cese de tratamiento y control analítico en tres meses.

Evolución

Las glucemias medidas en su domicilio continúan sin ser >130 mg/dl. En espera de analítica de control el próximo mes.

Conclusiones

Es fundamental no subestimar los cambios de estilo de vida como tratamiento eficaz para la diabetes. En muchos casos la adherencia a buenos hábitos de vida resulta igual o más difícil que la adherencia a tratamiento farmacológico; pero viendo resultados esperanzadores como éste, debemos poner empeño en concienciar de los efectos positivos, del ejercicio y de la dieta equilibrada, para la salud.

Palabras Clave

Diabetes tipo 2, Ejercicio.

ÁREA: ENDOCRINO

¡Échale salero!

Dominguez Gómez D, Valle Martín F, González Jiménez A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alamillo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Sincope, hiponatremia, astenia.

Historia clínica

Mujer de 55 años con cuadros sincopales, hiporexia, astenia, sensación de mareo y náuseas de dos años de evolución. Hace un año se constata en analíticas de control tendencia a la hiponatremia. Pérdida progresiva de 6 kg de peso. Acude en varias ocasiones a urgencias siendo dada de alta con tratamiento sintomático y control por su MAP.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipotiroidismo, Sd. Depresivo.

Exploración física: dolor punzante a la palpación epigástrica, aumenta con ingesta. Aceptable estado general, hábito muy delgado, talla baja, tinte oscuro de piel y anejos.

Pruebas complementarias: analítica: Na 133, K 5.2, TSH 3.15, T3 1.16, ACTH 759.6, cortisol 1.40. EDA gastritis. RMN abdominal normal.

Enfoque familiar y comunitario: paciente joven con pérdida de peso progresiva y clínica sincopal y nauseosa larvada que limita parte de las ABVD, la mayoría de las pruebas complementarias realizadas resultaron normales hasta que se observó tendencia a la hiponatremia en analíticas evolutivas, siendo entonces derivada a consultas de Endocrinología para solicitud de las hormonas correspondientes a la sospecha clínica.

Juicio clínico: enfermedad de Addison.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia adrenal secundaria (infecciones, trastornos infiltrativos). Vitiligo. Melasma. Enfermedad poliglandular autoinmune.

Tratamiento: tratamiento: Eutirox 50 mg 1-0-0, fludrocortisona 200 mg 2-0-0.

Plan de actuación: la paciente continúa en seguimiento de forma conjunta en consultas de Endocrinología y Atención Primaria, realizando controles generales, hormonales e iónicos de forma periódica hasta alcanzar la mínima dosis efectiva del tratamiento pautado y controlar la adherencia terapéutica.

Evolución

La paciente actualmente se encuentra asintomática, los niveles de sodio se mantienen dentro de los límites de la normalidad, ha recuperado vitalidad y las fuerzas para realizar las ABVD y desempeño de su actividad laboral, incluso ha recuperado el peso perdido, lo que le proporciona una apariencia más saludable y una sensación subjetiva de bienestar.

Conclusiones

La insuficiencia suprarrenal primaria se manifiesta inicialmente con una sintomatología inespecífica e insidiosa, lo que puede causar retraso en el diagnóstico. Es importante estar atentos a las alteraciones analíticas, para poder realizar un diagnóstico precoz e iniciar tratamiento a la mayor brevedad, dada la importancia de la producción de hormonas corticoadrenales para el organismo.

Palabras Clave

Enfermedad de Addison, Insuficiencia Suprarrenal Primaria.

ÁREA: ENDOCRINO

Diagnóstico casual de diabetes mellitus tipo II. A propósito de un caso

Ortega Moreno E¹, Sánchez López C², Martínez Soriano M³

¹ Médico de Familia. CS Virgen de Linarejos A. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Linarejos A. Jaén

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Linarejos C. Jaén

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal izquierda.

Historia clínica

Mujer de 52 años, que acude a consulta de Atención Primaria por molestias en fosa renal izquierda de meses de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no AMC. Hábitos tóxicos: negados. Patología actual: HTA, obesidad. No otros FRCV. Tratamiento actual: losartán 100 mg 1 comp/24 h.

Anamnesis: se inicia estudio de paciente de 52 años que acude a consulta por molestias en fosa renal izquierda de meses de evolución.

Exploración: dolor a la palpación de fosa renal izquierda con PPRB negativa. Constantes: TA: 135/70 mmHg; TA: 35.7. Glucemia capilar: 163.

Dada la persistencia de la clínica se deriva a Urología para la realización de pruebas complementarias; y tratamiento según hallazgos. Durante este proceso asistencial se le realiza varias analíticas, evidenciando alteraciones en la glucemia. Octubre/2020: glucosa 158; HbA1c 6.7 enero/2021: glucosa 148; HbA1c 6.9 abril/2021: glucosa 169; HbA1c 7.4

Enfoque familiar y comunitario: ante los hallazgos analíticos, se diagnostica a la paciente

de Diabetes Mellitus tipo II. Cuenta con ambiente familiar adecuada (dos hijos y pareja estable), lo que le garantiza apoyo ante la posible repercusión en su vida diaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se establece el diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus tipo II. Previamente se pensó en la posibilidad de una glucemia basal alterada, entidad que se descartó al no cumplir con los criterios diagnósticos.

Tratamiento, planes de actuación: ADO (metformina 850 mg/24 h) + Control de FRCV (HTA y Obesidad).

Evolución

Buena tolerancia a la medicación oral y correctos controles de TA, así como cambios en su estilo de vida (dieta saludable, ejercicios físico y pérdida de peso).

Conclusiones

Gran prevalencia en nuestro medio. Posibilidad hallazgo de diagnóstico casual sin clínica típica. Dificultad por parte de los pacientes para hacer cambios en sus estilos de vida. Importancia de buena entrevista clínica para establecer una relación Médico-paciente. Insistir en las complicaciones a largo plazo de un mal control glucémico.

Palabras Clave

Diabetes, HbA1c, FRVC.

ÁREA: ENDOCRINO

Doctora, ¿estoy lactando?

Vegas Romero M, Hernández Ríos E

MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Trinidad Jesús Cautivo. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Galactorrea de novo, astenia y molestias abdominales.

Historia clínica

Mujer de 57 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas. Como antecedentes médicos destaca hipertensión arterial en tratamiento con losartán 50 mg/24 h y dispepsia en estudio en tratamiento con levosulpirida 25 mg/8 h. Acude a nuestra consulta por tensión mamaria y galactorrea con la manipulación en la última semana, leve astenia y discreto aumento del peso con persistencia de las molestias gástricas difusas ocasionales, sin relación con la ingesta.

Enfoque individual: en la exploración física, presenta abdomen anodino, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. En la exploración mamaria bilateral objetivamos mamas simétricas, sin induraciones o cambios de color en la piel, no nódulos palpables, pezones simétricos sin galactorrea espontánea, pero sí con nuestra manipulación.

Realizamos analítica de sangre con perfil hepatopancreático y hormonal, obteniendo únicamente valores discretamente elevados de prolactina, resto anodino incluido THS.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares.

Juicio clínico: galactorrea secundaria a fármacos.

Diagnóstico diferencial: lesiones hipofisarias (prolactinomas, acromegalia, silla turca vacía), lesiones hipotalámicas (craneofaringiomas,

encefalitis, sarcoidosis), hipotiroidismo, insuficiencia renal crónica, irritación torácica (herpes, cirugía torácica, quemaduras) y gestación en mujeres fértiles.

Tratamiento, planes de actuación: rehistoriando a la paciente, nos comenta que la única modificación de su tratamiento es la introducción de levosulpirida dos semanas previas al inicio de la clínica, por lo que se decide suspensión de esta y analítica a los seis meses. Contactamos con ella previa a la extracción sanguínea, nos indica que ha cedido la galactorrea, y en la analítica posterior comprobamos que los valores de prolactina están en rango, por lo que se consensua finalizar el proceso y no continuar con el estudio.

Evolución

La paciente no volvió a presentar dicha sintomatología.

Conclusiones

Ante cualquier episodio de galactorrea es indispensable una buena anamnesis, exploración física y determinación plasmática de prolactina, para descartar, sobre todo, la etiología iatrógena. En la actualidad hay numerosos fármacos que inducen la hiperprolactinemia, por lo que debemos considerar esta opción en primer lugar, por ser la más frecuente, y dejar otras pruebas complementarias como la RMN para cuando no encontremos la causa.

Palabras Clave

Hyperprolactinemia, Drug Interactions, Primary Health Care.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Neumonía necrosante un reto para la Atención Primaria

Barlam Torres N¹, Buj Planés J¹, Castellano J²

¹ Médico de Familia. CS Martorelles-Sant Fost. Barcelona

² Enfermera de Familia. CS Plana Lledó Mollet del Vallès. Barcelona

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP), Urgencias, atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Tos y fiebre de 6 días de evolución.

Historia clínica

Paciente de 59 años que consulta en AP por un cuadro de tos, fiebre de 38,5°C, con test antígenos rápido (TAR) negativo.

Enfoque individual: paciente, fumador de 10 cig/día, SAHS con CPAP. Pauta completa de vacunación COVID (2 da dosis <10 días) que consulta por cuadro respiratorio de vías altas.

A la exploración presenta roncus basales, algún sibilante, sin estertores. Se orienta como bronquitis aguda y se pauta amoxicilina con salbutamol. Reconsulta a los 10 días por aumento de disnea (Sat. 93%) y se solicita RX de tórax que muestra signos de neumonía, nuevo TAR que es negativo, y se pauta tratamiento broncodilatador y corticoides orales.

Reconsulta a los 6 días con empeoramiento de la clínica y desaturación, se repite RX que muestra neumonía de la llingula y se pauta antibiótico (cefalosporina). En siguiente control el paciente presenta tos y hemoptisis, febrícula, taquicardia, Sat. 92%, hipofonesis hemitórax izquierdo y se deriva al Hospital donde ingresa. Pruebas complementarias: PCR positiva para SARS-COV 2, TAC condensación cavitada con nivel hidroaéreo, se alta para seguimiento compartido con primaria con tratamiento moxifloxacino y dexametasona.

Enfoque familiar y comunitario: paciente viudo sin soporte familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: paciente COVID positivo tras 2 dosis de vacuna. El absceso pulmonar y la neumonía necrotizante plantean un diagnóstico diferencial con el resto de las patologías que cursan con lesiones cavitarias parenquimatosas: bacterias, mycobacterias, hongos, etc... Neumonía por COVID. Neumonitis necrotizante. ¿Episodios aislados, consecutivos, o diferentes?

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento etiológico, seguimiento compartido en consultas externas neumología.

Evolución

Dado de alta hospitalaria el seguimiento es compartido entre el servicio de neumología y AP.

Conclusiones

La neumonía necrotizante es una infección parenquimatosa pulmonar que se caracteriza por la existencia de una condensación con múltiples cavitaciones. El tratamiento es etiológico y la resolución suele ser adecuada. Una anamnesis y exploración exhaustiva nos permite descartar las causas más frecuentes de neumonía y valorar que ha sido una evolución tórpida y la necesidad de atención hospitalaria. AL alta debemos de hacer un seguimiento de las posibles secuelas y complicaciones a largo plazo.

Palabras Clave

Necrotizing Pneumonia, Primary Care, SARS-CoV-2 Virus.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Rash cutáneo asociado a antibioterapia

Méndez Monje N¹, Cámara Sola E²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga

² Médico de Familia. CS Puerta Blanca. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hombre de 18 años que consulta por aparición de rash cutáneo en cuello, escote y flexuras tras toma de antibióticos.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No refiere hábitos tóxicos. Rinoconjuntivitis alérgica. Asma.

Anamnesis: paciente que refiere aparición de lesiones cutáneas generalizadas de predominio en hemitórax superior y flexuras de miembros tras toma de amoxicilina-clavulánico con intenso prurito asociado. Afebril. El cuadro se precedió de episodio de astenia generalizada, seguido de cuadro de faringoamigdalitis con exudados bilaterales y adenopatías a nivel cervical izquierdo.

Enfoque individual. Exploración: buen estado general, afebril. A la inspección, maculo-pápulas eritematosas localizadas en cuello, escote, flexuras y zona proximal de miembros. Estigmas de rascado. Respeta palmas, plantas y mucosas. No palidez cutánea ni ictericia. Abdomen blando y depresible, leve molestia a palpación de hipocondrio derecho sin hepatomegalia. Ruidos hidroaéreos conservados.

En analítica sanguínea presentó elevación de transaminasas (ALT: 105 U/L, AST: 61 U/L) junto a neutropenia ($0,91 \cdot 10^9/L$ [18,80%]) asociada a linfocitosis ($4,21 \cdot 10^9/L$ [64,00%]).

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: en relación a la temporalidad, el juicio clínico inicial fue de reacción cutánea adversa medicamentosa a beta-lactámicos en contexto de cuadro infeccioso. De entrada, el diagnóstico diferencial etiológico planteado fue entre amigdalitis aguda, hepatitis aguda y síndrome mononucleósido.

Tratamiento, planes de actuación: solicitamos serología infecciosa donde se detectaron anticuerpos IgG positivo para Citomegalovirus junto con IgM positivo para Virus del Epstein-Barr, llevando al diagnóstico. Se pauta metilprednisolona monodosis intramuscular junto a dexclorfeniramina. Se solicita control analítico en 2 semanas para valoración de neutropenia.

Evolución

Tras tratamiento en fase aguda, el rash mejoró de forma significativa con desaparición de las lesiones a la semana. La analítica el día 10 mostró una normalización hematimétrica.

Conclusiones

La aparición del rash típico en el tratamiento con beta-lactámicos es un criterio de ayuda al realizar el diagnóstico diferencial ante el cuadro odinofágico. Este "ampicilin-rash" se ha descrito en series en hasta un 90% de los pacientes con infección aguda por VEB en tratamiento con diferentes antibióticos, incluso no beta-lactámicos (azitromicina, levofloxacino, etc.). Por ello, es fundamental considerar el origen medicamentoso en toda reacción cutánea, así como si hay un origen infeccioso subyacente.

Palabras Clave

Síndrome Mononucleósido, Rash Cutáneo, Beta Lactámicos.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Pielonefritis aguda en paciente joven no siempre acaba bien

Ramos Martín L¹, Aranda Rodríguez R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guillena. Sevilla

² Médico de Familia. CS Guillena. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en fosa renal derecha.

Historia clínica

Varón de 48 años. No RAMC, DM tipo 2 mal controlada, HTA, SAOS, obesidad. Ingreso previo por pielonefritis en 2016. Tratamiento habitual: pravastatina/fenofibrato, lantus, amlodipino, bisoprolol, enalapril, Metformina/canagliflozina.

Enfoque individual: acude por dolor en fosa renal derecha desde hace 2 días en aumento, con distermia y escalofríos, irradiado a región inguinal y hematuria.

Exploración física: regular estado general, afectado por el dolor. Febrícula (37.2°C). Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación selectiva en vacío derecho, puño percusión renal derecha positiva. No defensa abdominal. Resto exploración normal.

Pruebas complementarias: tira de orina: leucocitos +++, Hematíes +++, Glucosa: +++, Nitritos +

Enfoque familiar y comunitario: vive con madre y hermana.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: pielonefritis aguda. Cólico renal complicado.

Tratamiento, planes de actuación: se administra analgesia parenteral y se deriva a hospital de alta resolución para completar valoración.

Evolución

En analítica de urgencias destaca leucocitosis de 15790/mcl con 12510 neutrófilos, creatinina 1.49 mg/dl. Se propone al paciente derivación a hospital de tercer nivel que rechaza. Al día siguiente acude al CS con mal estado general, alteración del nivel de conciencia (agitado, desorientado), febril (43°C), glucemia "HIGH", precisando sedación para su manejo (sueroterapia agresiva, antipiréticos, insulina) y traslado con equipo Médico a hospital, durante el cual presenta deterioro clínico progresivo, disminución de nivel de conciencia, respiración agónica e hipotensión refractaria. A su llegada se procede a IOT y conexión a VM, reanimación intensiva con noradrenalina a dosis creciente sin respuesta. Los primeros datos analíticos muestran acidosis metabólica severa con lactato de 4.4, empeoramiento de la serie blanca, de la función renal, glucemia 40 mg/dl, Tnt 578, PCR 132, procalcitonina 6,73. Presenta bradicardia extrema y PCR, iniciando maniobras de RCP avanzada sin éxito.

Conclusiones

Ante la sospecha de pielonefritis aguda hemos de completar la valoración con una analítica urgente que nos ayude a filiar si el proceso requiere de un ingreso o el manejo puede ser ambulatorio. En nuestro caso, se trataba de un paciente con factores de riesgo cuyos primeros datos mostraron deterioro de la función renal que obligaba a completar el estudio, pero el paciente rechazó con evolución a la fatalidad en pocas horas. Éxito por shock séptico de origen urinario refractario.

Palabras Clave

Pielonefritis, Sepsis, Shock Séptico.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Érase una vez una crisis de ansiedad que terminó en COVID. Fin

Roldán García M¹, Copado Campos L², Alcázar Carrillo P³

¹ Médico de Familia. CS Níjar (Almería)

² Médico de Familia. CS Abta. Almería

³ Médico de Familia. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Infecciosas.

Motivos de consulta

Acudimos a domicilio avisados por 061 por crisis de ansiedad.

Historia clínica

Paciente de 27 años que está en domicilio de familiar por una fiesta de cumpleaños. Al llegar, paciente que no contesta a nuestras preguntas ¿qué te pasa? ¿qué ha ocurrido? ¿has consumido sustancias tóxicas? Marcha inestable, necesita ayuda de su padre para caminar. Decido irnos a la ambulancia para evitar tener a familiares cerca y de esa forma intentar saber qué le ocurre. Continúa sin contestar, aunque hace gesto de querer hablar. Estando en ambulancia, debido a estado de paciente, decidimos trasladar a hospital. Realizamos test de antígenos frente a COVID (negativo). Monitorizamos a la paciente: temperatura 36, glucemia 150, saturación de oxígeno 99%, frecuencia cardíaca 85, tensión arterial 120/80. Mientras se está cogiendo vía periférica la paciente comienza a convulsionar, se desatura al 85%, y ponemos rápidamente diazepam rectal y Ventimask. Ceden convulsiones y vuelve saturación al 100%. Camino al hospital la paciente comienza a hablar con cierta bradipsiquia y nos dice que nos quería hablar pero no le salían las palabras -¿qué me pasa en la mano derecha? la tengo "floja", no puedo controlarla. Hacemos transferencia de la paciente en hospital y recomiendo a los residentes que realicen TAC debido a focalidad neurológica y tóxicos en orina.

A destacar: PCR SARS-CoV-2 positiva con CT mayor de 30 (no vacunada) TAC: asimetría con borramiento de surcos en lóbulo parietal izquierdo. Tóxicos en orina: positivo a benzodiazepinas (diazepam rectal). Líquido cefalorraquídeo no detecta E. coli, influenzae, monocytogenes, meningitidis...

Enfoque individual: historiar bien el paciente, buena exploración y de lo más importante protegerse el profesional.

Enfoque familiar y comunitario: importancia de hacer un buen rastreo (estaba en una fiesta de cumpleaños).

Juicio clínico: meningoencefalitis post infecciosa, post COVID 2. Crisis focal secundaria a meningoencefalitis post infecciosa.

Diagnostico diferencial: lo haríamos con las diferentes causas de meningoencefalitis, tanto víricas, como bacterianas, hongos, bacterias, alergias a medicamentos, cáncer y enfermedades inflamatorias (como sarcoidosis). En cuanto a las convulsiones: fiebre alta, hiponatremia, medicamentosa, traumatismo craneal, accidente cerebrovascular, tumor cerebral, drogas... En cuanto a identificación de problemas, destacaría el que el motivo inicial es totalmente diferente a cuando tienes delante al paciente.

Tratamiento, planes de actuación: levetiracetam 500 mg cada 12 horas. Realización de RMN y consulta de Neurología en unas semanas.

Evolución

Paciente que presenta ansiedad por miedo a que repitan los síntomas, pendiente de valoración por Psicología.

Conclusiones

Importancia de la vacunación, hacer una buena historia clínica y protección de nuestros profesionales.

Palabras Clave

COVID, Meningoencefalitis.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Úlcera en mandíbula de meses de evolución en paciente extranjera

Rus Navas M

Médico de Familia. CS Cartaya. Huelva

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria (AP).

Motivos de consulta

Lesión ulcerada en mandíbula inferior izquierda de tres meses de evolución.

Historia clínica

Mujer de 43 años, marroquí, en España desde hace 2 años, sin antecedentes personales ni familiares.

Presenta lesión verrucosa ulcerada, dolorosa a la gesticulación y supurativa. Afebril. Se extrae analítica con serología básica, cultivo y se pauta amoxicilina/ácido clavulánico. Acude a los diez días sin mejoría. Analítica con linfopenia, serología positiva para Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cultivo positivo para *Cryptococcus neoformans*.

Enfoque individual: sin patologías previas. Sin reacciones medicamentosas conocidas.

Enfoque familiar y comunitario: natural de Marruecos. Desde hace dos años vive en España.

Diagnóstico diferencial: carcinoma de piel ulcerado. Metástasis dérmica de otro cáncer primario. Sífilis. VIH.

Juicio clínico: criptococosis cutánea secundaria a infección por VIH en situación de inmunosupresión severa.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente fue derivada al servicio de Urgencias hospitalario donde se procedió al ingreso en planta de Enfermedades Infecciosas. En planta se realizó biopsia por parte de Dermatología con resultado de criptococosis cutánea. Se realizó tratamiento con anfotericina B liposomal y flucitosina para la criptococosis y retrovirales para el VIH.

Evolución

La paciente evolucionó favorablemente con curación de la lesión mandibular y buen control de la infección por VIH.

Conclusiones

Los Médicos de AP son la primera toma de contacto de los pacientes con la medicina. Por ello ante pacientes provenientes de otros países hay que pensar en enfermedades que siguen siendo muy prevalentes en el lugar de origen donde no disponen de tantos medios para diagnosticarlas. El VIH sigue siendo una enfermedad frecuente. Es cierto que cada vez son menos los casos diagnosticados en estadios avanzados de inmunosupresión severa con enfermedades oportunistas, pero con el movimiento poblacional actual no podemos olvidarla y tenerla presente en los diagnósticos diferenciales de las patologías diarias, especialmente en pacientes extranjeros.

Palabras Clave

Infección por VIH, Criptococosis, Úlcera Cutánea.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Una posible nueva complicación de la infección por COVID

Torres Bermudo A

Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias. Enfermedades Infecciosas.

Motivos de consulta

Se trata de un paciente de 53 años con antecedentes de Neumonía por COVID reciente, asintomático desde el alta que acude a urgencias por instauración de forma brusca de discurso incoherente y verborreico "pertenezco al código 9" junto con desorientación temporo-espacial. No fiebre, no cefalea ni otra clínica acompañante.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias a medicamentos conocidas. Ingreso por neumonía bilateral moderada SARS-CoV-2 con alta 8/11/2020. Situación basal: independiente para todas las actividades de la vida diaria.

Exploración física: buen estado general. Estable hemodinámicamente. Neurológicamente: confuso con lenguaje incoherente. Agitado en consulta con alucinaciones visuales en relación "con el código 9". Pupilas simétricas normoreactivas. No déficits motor ni sensitivo. Maniobras de Kerning y Bruzinski negativas. No rigidez de nuca.

Pruebas complementarias: 1) Analítica: hemograma: normal. Coagulación: sin alteraciones. Bioquímica: creatinina e iones normales. Tinción GRAM: negativo. Cultivo aerobio: negativo. 2) Tóxicos en orina: negativo. 3) TAC de cráneo: normal. 4) PCR COVID: negativo. 5) Elemental de orina: negativo.

Enfoque individual: todos aprendemos de una nueva enfermedad.

Enfoque familiar y comunitario: en Atención Primaria es importante el seguimiento de pacientes post-COVID y tener en cuenta esta afectación para poder relacionarla y no atribuirla a un brote psicótico primario y así poder establecer un plan de actuación en consecuencia.

Encefalitis reactiva post-COVID. Demencia vascular en el contexto de infección aguda. Brote psicótico primario. Encefalopatía postesteroides.

Juicio clínico: brote psicótico post-COVID.

Tratamiento, planes de actuación: no preciso.

Evolución

Durante su ingreso evoluciono de forma favorable desapareciendo la clínica psicótica. Realizamos prueba de test de anticuerpos COVID en LCR arrojando anticuerpos IgG (aunque el test no está estandarizado para líquido cefalorraquídeo). SPECT cerebral: normal. Interconsulta a psiquiatría que descarta patología psiquiátrica primaria.

Conclusiones

Dejamos abierto a través de este caso clínico la posibilidad de afectación neurológica con manifestaciones psicóticas en pacientes con infección por COVID pasada, que queda de manifiesto con el hallazgo de anticuerpos IgG en muestra de líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, se necesitan más estudios ya que las pruebas de detección de anticuerpos no están estandarizadas para el análisis de líquido cefalorraquídeo.

Palabras Clave

Infección por COVID, Encefalitis, Psicosis.

ÁREA: GENÉTICA Y ENFERMEDADES RARAS

"Doctor, me duele la cabeza, pero es por la depresión"

Moreno Cruz A¹, Roldan Carregalo M², Ríos Zamora C³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mollina. Mollina (Málaga)

² Médico de Familia. CS Mollina. Málaga

³ Médico de Familia. CS San Andrés. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Mujer de 27 años con trastorno de somatización por depresión mayor tras un aborto y una hija fallecida tras el primer día de vida. Acude a consulta por cefalea de larga evolución que achaca a sus antecedentes personales. En ocasiones también padece dolor abdominal y vértigos, que han sido estudiados sin encontrar organicidad. Acude en numerosas ocasiones a servicio de urgencias por crisis de ansiedad y somatizaciones.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos ni otras enfermedades previas conocidas. Tratamiento habitual benzodiazepinas.

Enfoque familiar y comunitario: nacionalidad rumana, vive con su marido e hija de 2 años. Sin más familia ni amigos en su entorno. Su hija nunca ha sido vista en consulta.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se realiza exploración neurológica detectando diplopía horizontal a la mirada extrema derecha en ojo derecho, ojo izquierdo sin alteraciones, compatible con parálisis de VI par craneal de ojo

derecho como hallazgo casual. Resto anodino. Se decide derivación a servicio de Medicina Interna para estudio con pruebas complementarias. Tras meses en estudio se identifica enfermedad de herencia mitocondrial.

Tratamiento, planes de actuación: continuo estudio genético en servicio de medicina interna. Se pauta tratamiento sintomático hasta determinar tratamiento específico para su enfermedad genética. Se desplaza a su país de origen temporalmente, pero continuo estudio al regresar.

Evolución

Se cita a la paciente en consulta para seguimiento y valorar aceptación de reciente diagnóstico. Acude con hija, detectándose en ella alteración fenotípica desconocida hasta ese momento. Se establece plan para abordaje biopsicosocial.

Conclusiones

La consulta de Atención Primaria es una puerta de entrada para el diagnóstico de patologías desconocidas previamente en nuestros pacientes. Es importante no subestimar signos y síntomas que habitualmente no conllevan patología importante, pero pueden ser el punto de inflexión para detectar una enfermedad de base.

Palabras Clave

Exploración, Herencia, Cefalea.

ÁREA: GESTIÓN CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA

“Yo soy yo y mi circunstancia”

González López I¹, Yera Pozo D², Raya Rejón A³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada

³ Tutora de MIR MFyC. CS Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal, malestar y astenia.

Historia clínica

Mujer de 75 años que acude por malestar general y dolor abdominal difuso, irradiado a espalda que dificulta la deambulacion. Inició hace 4 semanas, evolucionando progresivamente hasta causar un gran decaimiento que le impide realizar las ABVD.

Enfoque individual: antecedentes: HTA, FA, exfumadora, colelitiasis, plaquetopenia en estudio, anemia normocítica hipocrómica.

Exploración: MEG. COC. ACR anodina. Abdomen distendido, dolor difuso a la palpación, más intenso en hipocondrio derecho. Signo de Murphy positivo. Signos de Blumberg y Rovsing negativos. No se palpan masas ni organomegalias. Ecografía abdominal (realizada en el CS): litiasis biliares que no obstruyen conducto cístico como único hallazgo patológico.

Enfoque familiar y comunitario: viuda con 4 hijos, Residente de zona de transformación social. Acude sin cita, a última hora de la mañana, siendo insertada entre pacientes de demanda clínica regular.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: sospecha de cólico biliar complicado. Ante el gran malestar de la paciente decidimos derivar a urgencias

hospitalarias para completar estudio. La familia demanda un informe clínico para aportar en hospital privado con objetivo de agilizar pruebas.

Tratamiento, planes de actuación: terapia antituberculosa (RIPE) asociada a fisioterapia de rehabilitación domiciliaria.

Evolución

Acuden a un hospital privado donde se realiza TC abdominal, se observan abscesos en psoas y lesión necrótica en cuerpos vertebrales L2-L3. Se deriva a hospital público donde ingresa durante un mes, tras estudio es catalogada como espondilodiscitis de etiología tuberculosa. Al alta realizamos seguimiento domiciliario observando una evolución favorable de la clínica.

Conclusiones

Somos conscientes de la gran discordancia entre el diagnóstico obtenido en AP con respecto al diagnóstico final. Queríamos resaltar como las condiciones que disponemos desde el CS pueden afectar en la atención al paciente. El difícil acceso y las listas de espera para conseguir una cita propicia que los pacientes lleguen con patologías más graves, acudan sin cita, insertados en un tiempo que se recude, dificultando una buena orientación clínica. Además, resaltar como los pacientes acuden a la sanidad privada esperando resolver sus problemas más rápido, cuando el sistema público tiene grandes profesionales y medios que deberíamos valorar y cuidar más.

Palabras Clave

Abdominal Pain, Health Resources, Missed Diagnosis.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Un prurito más que molesto

Tébar Vizcaíno A¹, Quero Fernández N², Vázquez Montiel M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Marinas. Roquetas de Mar (Almería)

Ámbito del caso

Intervención en AP y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal. Prurito genital.

Historia clínica

Antecedentes personales: 50 años. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Dislipemia de dos años de evolución. IT: una cesárea. Tratamiento: simvastatina 20 mg. Situación basal: IAVD, trabaja como cajera en un supermercado.

Anamnesis: mujer de 50 años que acude al SUH por dolor abdominal generalizado de dos semanas de evolución. Este dolor es continuo y no le deja dormir. Pérdida de diez kilos de peso en los últimos tres meses y cansancio. No refiere diarrea ni vómitos, no cambio de hábito intestinal. No fiebre. No disuria, pero sí prurito en la zona genital de más de seis meses de evolución. Nos comenta que hace meses acudió al servicio de urgencias CS por lo que parecían molestias urinarias que trataron con un antibiótico. Se puso en contacto vía telefónica con su Médico de AP por continuar con molestias y le realizó un cultivo y cambio de tratamiento antibiótico. La paciente refería intenso prurito vaginal y decidió tratar como vulvovaginitis.

Exploración física: REG. C y O en las tres esferas. Palidez cutánea. Bien hidratada. EN: PINLA, MOE conservados.

Pruebas complementarias: conservados. Fuerza y sensibilidad conservadas. Romberg negativo. Marcha normal. ACR: rítmica y sin soplos ni extratonos. MVC. EA: abdomen blando y

depresible. Dolor a la palpación profunda de forma generalizada. Blumberg y Murphy negativos. No signos de irritación peritoneal. EVaginal: lesión ulcerada en labio menor izquierdo. Pruebas complementarias: AS (bioquímica, coagulación y hemograma): PCR de 6 y una anemia normocítica con Hb de 10 mg/dl. Resto normal. AO: hematíes positivos. Ecografía abdominal: se visualiza múltiples masas a nivel hepático que hacen sospechar de metástasis.

Enfoque individual: se realiza anamnesis exhaustiva y exploración completa según los síntomas que nos indica la paciente. Realizamos diagnóstico utilizando distintas pruebas complementarias y enfocamos un tratamiento de forma integral.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su hijo.

Diagnóstico diferencial prurito vaginal: cáncer de vulva. Vulvovaginitis. Liquen vulvar.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso hospitalario en ginecología para valorar posibles tratamientos. Tratamiento del dolor abdominal según el ascensor analgésico.

Evolución

Pendiente de evolución.

Conclusiones

En estos tiempos de pandemia, en las que se restringieron las consultas presenciales es importante filtrar y saber a quién citar en consulta para indagar y realizar una exploración.

Palabras Clave

Prurito, Vulvovaginitis, Cáncer Vulvar.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dolor abdominal en mujer de edad fértil

Álvarez Garcés S¹, Jiménez Cordero A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saucedo. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Pérdida de peso, hiporexia, fiebre, diarrea y astenia de 4 meses de evolución.

Historia clínica

Mujer de 31 años. Fumadora (ocasionalmente cannabis). No tolera clavulánico ni pregabalina. Trastorno límite de la personalidad y TDAH en seguimiento en salud mental. Tratamiento: aliperidona, metilfenidato, trazodona, clonazepam. Seguimiento en Ginecología por L-SIL y VPH positivo. Acude a consulta por cuadro de pérdida de peso (6 kg), náuseas, dolor abdominal difuso, diarrea y fiebre en los últimos 4 meses. No tos, no disnea, no expectoración.

Exploración física: auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, dolor a la palpación de flanco, fosa ilíaca derecha y epigastrio. Blumberg y Murphy negativo. No signos de peritonismo. No focalidad neurológica. No lesiones en piel ni mucosas.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y sistemático de orina normales. Mantoux negativo. Radiografía de tórax normal.

Enfoque individual: ante la normalidad de la analítica, se amplía la anamnesis con la historia ginecológica: 2 gestaciones a término, ambos partos naturales. Trastornos menstruales (menorragias de 10 días de duración mensualmente) y galactorrea desde hace años.

Enfoque familiar y comunitario: niega relaciones sexuales de riesgo, viajes ni contacto con animales.

Niega pareja estable.

Diagnóstico diferencial: fármacos y tóxicos. Infecciones. Neoplasias. Patología autoinmune. Patología tiroidea. Patología ginecológica. Embarazo.

Tratamiento, planes de actuación: se amplía analítica con hormonas, test de gestación en orina, serología para ETS y marcadores tumorales. Los resultados muestran: CA 125, CA 15.3, CA 19.9, CEA y alfa-fetoproteína normales. TSH 0.41. Prolactina 200. Estradiol 4091. Serología para ETS negativas. Test de gestación positivo.

Evolución

Se deriva a la paciente a Ginecología para seguimiento del embarazo.

Conclusiones

Ante una mujer en edad fértil y con patología abdominal, una prueba barata y accesible en Atención Primaria a solicitar es un test de gestación. Un embarazo tiene diferentes formas de presentación clínica, de ahí que la buena historia clínica y exploración del Médico de Familia permitan captar a tiempo un embarazo con el fin de realizar un seguimiento adecuado.

Palabras Clave

Prolactina, Dolor abdominal, Gestación, Hormonas, Náuseas, Galactorrea, Menorragia.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Amenorrea primaria de causa genética: disgenesia gonadal

Marin Corencia C, Benítez Martos Á

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Ginecología. Amenorrea primaria. Disgenesia gonadal 46XX.

Motivos de consulta

Amenorrea primaria.

Historia clínica

Paciente de 16 años y 3 meses de edad que acude a consulta con su Médico de Atención Primaria acompañada con su madre por amenorrea primaria.

Antecedentes personales: sin antecedentes médicos de interés. No medicación activa.

Antecedentes familiares: no historial de menarquia tardía en Familia materna ni paterna.

Exploración física: talla 158 cm, peso 55 kg. Presenta un estadio de Tanner II (botón mamario + escaso vello púbico).

Enfoque individual: se realiza ecografía abdominal en consulta de su Médico de Atención Primaria, donde se observa la presencia de útero, pero no se visualizan formaciones ováricas. Se deriva a consulta de Ginecología para estudio del caso, diagnóstico y valoración del tratamiento.

Enfoque familiar y comunitario: no indicado por no tratarse de patología genética ni infecto-contagiosa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se sospecha una disgenesia gonadal primaria. Como causa más

frecuente de amenorrea y la primera a valorar, descartar embarazo. Dentro de las amenorreas primarias, realizar diagnóstico diferencial entre síndrome de Turner vs disgenesia gonadal XY (síndrome de Swyer) vs Síndrome de Rockitansky.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a consulta de Ginecología para estudio del caso y diagnóstico.

Evolución

En consulta de ginecología se realiza una analítica con perfil hormonal que muestra unos niveles de FSH de 132 y estradiol menor de 5, lo cual es compatible con un hipogonadismo hipergonadotropo. Se repite la ecografía abdominal, donde se observa un útero hipoplásico con ausencia de anejos. También se solicita un cariotipo, que muestra un perfil 46XX + delX(q11; p11) (cariotipo femenino + duplicación brazo largo q y delección brazo corto p en uno de los cromosomas X). En este caso no habría un mayor riesgo de malignización (la paciente posee dos cromosomas X), por lo que no estaría indicada la ooforectomía.

Conclusiones

Ante un caso de posible amenorrea primaria, es preciso un estudio completo con una analítica con perfil hormonal, una prueba de imagen para explorar genitales internos y un cariotipo.

Palabras Clave

Disgenesia Gonadal XX, Amenorrea Primaria, Cariotipo.

ÁREA: HEMATOLOGÍA

Hallazgo analítico incidental

Fernández Bernal N¹, Sousa Montero M², Moro J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Huelva

³ Médica de Familia Adjunta. CS Moguer. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Analítica de control de factores de riesgo cardiovascular.

Historia clínica

Consulta de forma telefónica para conocer los resultados de analítica de control, en la que se objetiva una trombocitosis de 533.000 plaquetas por microlitro acompañada de poliglobulia leve de 5,22 millones de hematíes por microlitro, sin otros hallazgos en el hemograma.

Enfoque individual: mujer de 70 años con antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia de hiato, dislipemia e hipertensión arterial. Sin alergias medicamentosas, contraindicados los IECAs por tos. En tratamiento con losartán 50 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg cada 24 h, simvastatina 20 mg cada 24 h y omeprazol 40 mg cada 24 h. Se interroga sobre sangrado y sintomatología por aparatos que la paciente niega, refiriendo que se encuentra asintomática salvo artromialgias en miembros inferiores de larga evolución por la que ya se ha realizado pruebas de imagen y para lo que toma analgesia a demanda. Al revisar análisis previos del año anterior, se objetiva leve poliglobulia con resto del hemograma dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares significativos para el proceso actual.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: trombocitosis reactiva secundaria a otros procesos o trombocitemia esencial.

Tratamiento, planes de actuación: se decide ver evolución y realizar hemograma de control en un mes con determinación de reactantes de fase aguda y ferritina.

Evolución

En el control se objetiva de nuevo trombocitosis, algo menos que en la previa, y poliglobulia con resto del hemograma, proteínas C reactiva y ferritina normales, se solicita nuevo control en 2 meses para seriar y comprobar si las cifras se normalizan. Pero en el 3º control se objetiva elevación del recuento de plaquetas, incluso por encima del valor de la 1º analítica, acompañado de poliglobulia por lo que se deriva a consulta de Hematología tras comprobar que cumplía criterios por sospecha de trombocitemia esencial. En consulta se diagnostica de trombocitemia esencial y se pauta tratamiento.

Conclusiones

Ante alteraciones analíticas incidentales es conveniente realizar una monitorización con controles para descartar patología significativa, más aún si el paciente no presenta sintomatología que lo justifique. Lo más frecuente es que sean alteraciones reactivas a procesos banales, pero en ocasiones se deben a enfermedades de inicio silente que si se detectan de forma precoz pueden tener un mejor pronóstico.

Palabras Clave

Trombocitosis, Poliglobulia, Hematología.

ÁREA: MEDICINA RURAL

Herpes zóster en Atención Primaria

García Contreras B¹, García Olea A², García Martínez L²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huércal de Almería. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Picadura de insecto.

Historia clínica

Hombre de 66 años acude a consulta de Atención Primaria (AP) por molestias en ojo izquierdo y lesión supraciliar izquierda. Relacionado con posible picadura de insecto en los 3-4 días previos. No afectación visual. Dos días después acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por hinchazón y erupción cutánea supraorbitaria izquierda con prurito y dolor local. No afectación ocular.

Enfoque individual: en consulta AP se realiza lavado y tinción con fluoresceína sin objetivarse lesiones, únicamente hiperemia conjuntival. Se distinguen vesículas aisladas en región supraciliar izquierda. En SUAP se observan lesiones vesiculosas en región supraciliar izquierda y ala nasal interna con edema local. Hiperemia conjuntival. Otoscopia: CAE normal.

Enfoque familiar y comunitario: casado. Nivel sociocultural medio. Vivienda en ámbito rural. Jubilado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: herpes zóster. Herpes simple, picadura de insecto, impétigo ampoloso, dermatitis de contacto localizada, eccema de contacto agudo.

Tratamiento, planes de actuación: en AP se pauta aciclovir 50 mg/g tópico cada 8 horas durante 5 días y tobramicina 3 mg/ml en colirio 2 gotas cada 8 horas durante 16 días. En SUAP se receta famciclovir oral 500 mg cada 6 horas durante 5 días y metamizol oral 575 mg 1 cada 6 horas si precisa. Se recomienda revisión con Oftalmología en las siguientes 24 horas.

Evolución

En Oftalmología presenta disminución de agudeza visual de ojo izquierdo y erosiones corneales herpetiformes de <0.5 mm en polo inferior. Hiperemia mixta y edema palpebral. Tyndall negativo, no edema estromal. Diagnóstico: herpes zoster oftálmico izquierdo. Tratamiento: aciclovir tópico 30 mg/g cada 6h durante 10 días + valaciclovir oral 1g cada 8 h durante 7 días + eritromicina tópica cada 8 h durante 7 días + lágrimas artificiales cada 6h. Solicitará cita de revisión en Consultas Externas de Oftalmología en una semana.

Conclusiones

Destacar la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial y seguimiento debido a las graves complicaciones derivadas del herpes zoster tales como ceguera corneal, neuralgia postherpética o pérdida auditiva.

Palabras Clave

Herpes Zoster, Herpes Zoster Ophthalmicus, Herpetic Keratitis.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Busca la causa de la caída tanto como su consecuencia

Guerrero Frías F¹, Manzano Del Pozo F², Rosario Rúas L²

¹ Médico de Familia. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

Ámbito del caso

Atención domiciliaria y urgencias.

Motivos de consulta

Paciente varón de 91 años sin antecedentes de interés que no se puede levantar tras una caída con dolor generalizado y en pierna izquierda asociado a cuadro confusional.

Historia clínica

Acudimos al domicilio para valorar paciente visto el día anterior en Urgencias Hospital por imposibilidad de levantarse y dolor en cadera izquierda y MII. Es valorado en dicha unidad con RX de cadera descartando fractura. En la exploración no se apreciaba acortamiento ni rotación externa, solo dolor al ponerlo de pie y algo de falta de coordinación. Es dado de alta con tratamiento analgésico. El paciente previamente tenía muy buena situación basal (funcional y mental). Siendo IABVD e instrumentales, caminando sin ayuda y sin deterioro cognitivo.

Enfoque individual: caída sin causa médica estudiada en la primera atención en urgencias. Cuando se valora nuevamente en domicilio presenta hemiparesia izquierda e imposibilidad de caminar, disartria y confusión. Se deriva a Urgencias y en TAC se detecta zona isquémica subaguda. Analítica con CPK 900 y TAC: isquemia subaguda en territorio carotídeo derecho con pérdida de fuerza, coordinación y disfagia a líquidos. AC: tonos rítmicos (perfil aterorombótico).

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive solo, lo que orienta el nivel de independencia.

Tiene buen soporte o supervisión de hijos que no son evaluados en la urgencia por la situación COVID que impide que pase un familiar dentro y ayude en la anamnesis.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: 1) ACVA aterotrombótico territorio cerebral media derecha (hemiparesia, disartria y disfagia). 2) Rabdomiolisis tras caída con aumento CPK. 3) Policontusiones.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso para control de rabdomiolisis, antiagregación e inicio de RHB y mejora de supervisión al alta.

Evolución

El paciente evoluciona lentamente con mejora de fuerza y coordinación quedando leve disfagia a líquidos y leve afasia.

Conclusiones

Tan importante es la consecuencia de la caída como su causa. Porque, aunque en este paciente la demora en el diagnóstico no cambia mucho sus consecuencias podrían haber tenido una nueva caída secundaria a la hemiparesia con fracturas óseas aparte de las complicaciones neurológicas o la muerte. Hay que realizar en urgencias siempre una valoración médica en pacientes mayores y no solo traumatológica y coordinación con Atención Primaria.

Palabras Clave

Caída, ACVA, Rabdomiolisis.

ÁREA: NEUROLOGÍA

¡¡Qué bien!!, cuando todo se hace bien

Pérez Razquin E¹, Barbosa Cortés M², Adame Herrojo M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. Consultorio Alonso. CS Andévalo Occidental. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Especializada).

Motivos de consulta

Desconexión del medio.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM, fuma 1 paquete al día y consume cannabis.

Anamnesis: mujer, 29 años, encontrada en baño con dudoso episodio de desconexión del medio sin respuesta, con debilidad de miembros derechos afasia expresiva. Se activa código ictus.

Enfoque individual. Exploración: NIHSS 24, Glasgow 11/15 (consciente, apertura ocular espontánea, no respuesta verbal, obedece a repuesta motriz), 130/90, Glu 90, Sat. 97%, 80 lpm. Tendencia a miosis, desviación comisura bucal izquierda, mutismo, MSD espástico sin movimiento. MID fuerza 5/5. MSI y MII moviliza a órdenes. Resto exploración sistémica sin hallazgos.

Pruebas complementarias: EKG: RS 80 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas repolarización. HG: Hb 13,5, VCM 101,2, EC normal, TSH normal, AFP y CEA normales. Vito B12 normal, ac fólico bajo. Primer escalón de hipercoagulabilidad normal, no incluido anticoagulante lúpico, ferritina normal, treponema negativo. Orina: + para BZD y cannabis. Doppler burbujas: negativo en reposo y Valsalva. Ecocardiograma: sin hallazgos patológicos. TC craneal Y angioTAC: estenosis distal M1 de ACM izquierda. RMN cráneo: infarto subagudo en territorio profundo de cerebral media izquierda. TAC control: hipodensidad en

parte superior de caudado y núcleo lenticular izquierdos siendo dudoso a nivel de M3 izquierdo, en contexto de isquemia subaguda, sin otros hallazgos. Arteriografía: sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: mujer joven, conviviendo con padres y hermana, sin empleo.

Juicio clínico: ictus isquémico hemisférico izquierdo por oclusión de segmento M1 de perfil embólico y origen indeterminado.

Diagnóstico diferencial: ave hemorrágico, meningoencefalitis, convulsión.

Tratamiento, planes de actuación: fibrinólisis mediante RTPA, trombectomía mecánica.

Evolución

Buena, con recuperación completa del déficit y sin síntomas residuales.

Conclusiones

Infrecuente el AVC en adultos jóvenes. La activación del código ictus permite la puesta en marcha de una serie de recursos prehospitalarios y hospitalarios en pos de recuperar la funcionalidad del territorio cerebral con oligohemia, a través de la fibrinólisis y la trombectomía mecánica. No son criterios excluyentes para iniciar el código ictus el hecho de que el paciente esté anticoagulado, la edad mayor de 80 años, la reversión del déficit neurológico agudo o la presencia de secuelas por un AVC previo.

Palabras Clave

Stroke, Marijuana Smoking, Thrombectomy.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Alteración de la marcha en paciente con diagnóstico previo de temblor esencial

Herrera Torres M

Médico de Familia. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Temblor cefálico e inestabilidad de la marcha en paciente con antecedente de temblor esencial.

Historia clínica

Paciente mujer de 73 años, diagnosticada de temblor esencial hace 25 años, que comenzó como temblor en MMSS y espasmos musculares, actualmente en tratamiento con propanolol 40 mg por la mañana. Acude a consulta por aparición de temblor cefálico en el último año, asociado a inestabilidad de la marcha y numerosas caídas.

Enfoque individual. Exploración física: temblor postural e intencional generalizado en 4 extremidades de predominio en MMSS, asociado a temblor cefálico en no-no, oromandibular y vocal. No rigidez en rueda dentada. No bradicinesia. Marcha con pasos cortos algo inestable, pero braceo presente y no dificultad en giros. Tándem dificultoso.

Pruebas complementarias: RM craneal: estudio sin alteraciones significativas. SPECT Cerebral: hallazgos que no sugieren patología degenerativa en la vía nigroestriatal. Analítica: hemograma: normal; bioquímica: glucosa 74, proteínas totales 8.5, colesterol total 205, triglicéridos 206, bilirrubina total 0.25, TSH en rango. Vitamina B12 y fólico en rango. Cobre en sangre normal; Cobre en orina de 24 h <2.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de temblor.

Juicio clínico: temblor esencial plus.

Diagnóstico diferencial: enfermedad de Parkinson. Disfunción cerebelosa (accidente cerebrovascular, traumatismo o esclerosis múltiple). Síndrome de Wilson.

Tratamiento, planes de actuación: aumentar dosis de propanolol a 40 mg por la mañana y noche. Valorar derivación a Neurología y Rehabilitación según evolución clínica.

Evolución

Evolución favorable con mejoría del temblor, tanto de miembros como cefálico. Se remite a Rehabilitación para valorar si podría beneficiarse de andador/bastón.

Conclusiones

El temblor esencial se caracteriza por temblor de acción de extremidades superiores bilateral aislado con una duración de al menos 3 años, con o sin temblor en otras localizaciones, como cabeza, laringe o extremidades inferiores. El temblor esencial se manifiesta con frecuencia con signos neurológicos leves adicionales que no son suficientes para realizar un diagnóstico de síndrome adicional, como alteración de la marcha en tándem, postura distónica cuestionable o deterioro de la memoria. Esta presentación está clasificada como “temblor esencial plus”.

Palabras Clave

Tremor, Mobility Limitation, Neurologic Manifestations.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Evolución de una parálisis facial

Pérez Tovar C¹, Santamaria Martín V¹, Pérez Milán L²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Cayetano Roldán

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Desviación de comisura bucal.

Historia clínica

Se trata de mujer de 51 años de edad con AP de Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox. Acude a su MAP por presentar desde horas de la mañana desviación de comisura bucal hacia la izquierda e hiperestimulación de parpado izquierdo, en días previos cefalea, sueño no reparador e insomnio.

Enfoque individual: BEG. Consciente, orientada y colaboradora. Hemodinámicamente estable. Exploración neurológica: parálisis facial periférica derecha. No alteración de otros pares craneales, fuerza, sensibilidad y ROTs conservados. No alteración de marcha ni cerebelo. Se deriva a servicio de Urgencias, donde realizan exploración sin otros hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: casada, dos hijos. Adecuado soporte familiar. Profesional. IABVD.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: parálisis facial periférica. DxD: parálisis facial central. AIT. LOE. Migraña con aura.

Tratamiento, planes de actuación: corticoides en pauta descendente + Aciclovir. Derivación a ORL y Rehabilitación.

Evolución

Tras 1 mes de tratamiento no presenta mejoría, durante la consulta de revisión llama la atención un cuadro consistente en "tartamudeo" que recuerda a una afasia motora-mixta. Además, en consulta de RHB ha presentado un cuadro de falta de entendimiento de ordenes sencillas y amnesia posterior, motivo por la que remiten a Urgencias donde realizan exploración y TAC cráneo dentro de la normalidad. A pesar de la normalidad de las pruebas complementarias: la paciente expresa nerviosismo y preocupación por su evolución al no presentar un diagnóstico definitivo. Desde AP, se realiza interconsulta con Neurología que recomienda realización de serologías de VHS, Varicela, Borrelia, Treponema y Coronavirus. Hormonas tiroideas con derivación a CCEE RMN cerebral. En primera consulta con Neurología, paciente presenta mejoría leve de síntomas, aunque presenta en ocasiones dificultad para encontrar palabras, en la RMN se visualizó un realce en segmento horizontal del nervio facial derecho compatible con parálisis de Bell derecha.

Conclusiones

La parálisis facial periférica en un 40% de los casos es de origen idiopático, por lo que es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial de causas infecciosas, neurológicas y sistémicas, además de realizar un seguimiento sintomático. Los pacientes pueden presentar dudas al no tener una causa determinante, por lo tanto, se debe explicar la evolución y recomendar rehabilitación de la musculatura.

Palabras Clave

Parálisis Facial, Idiopática, Corticoides.

ÁREA: NEUROLOGÍA

El que avisa no es traidor: síndrome Miasteniforme Eaton-Lambert

Granado Ortiz I, Huesa Andrade M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, Neurología.

Motivos de consulta

Inestabilidad en la marcha.

Historia clínica

Mujer de 73 años que consulta por clínica de mareo e inestabilidad en la marcha de semanas de evolución.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Hipertensión. Infarto agudo de miocardio en 2015, siendo portadora de tres stents. Exfumadora de 40 paquetes-año. En tratamiento con perindopril 7 mg/amlodipino 5 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, ezetimiba 10 mg y bisoprolol 2,5 mg.

Exploración: buen estado general. Exploración neurológica sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: normofuncional.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: carcinoma microcítico de pulmón.

Tratamiento, planes de actuación: sulpirida 50 mg 1 comprimido cada 8 horas durante una semana, con toma a demanda posterior si clínica.

Evolución

La paciente reconsulta por persistencia de la sintomatología por lo que se solicita Tomografía computerizada (TC) de cráneo sin contraste para descartar lesión. Tras cita presencial, informamos de la normalidad de la prueba, pero

esta vez la paciente presenta disfonía y disfagia a líquidos con diplopía binocular acompañante. Destaca en la exploración nistagmo horizontorrotatorio a la derecha y una marcha en estrella. Se realiza radiografía de tórax urgente, observándose una masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo. Con ello, se decide realizar una interconsulta urgente a Neurología por sospecha de síndrome Miasteniforme tipo Eaton-Lambert secundario a síndrome paraneoplásico. Deciden ingreso urgente para estudio. Una vez en planta de Neurología, se realiza: resonancia Magnética Nuclear (RNM) de cráneo: tumoración infiltrativa en el tronco del encéfalo sugestiva de tumoración glial de alto grado. TC de tórax y abdomen con contraste: gran masa sólida en lóbulo superior izquierdo con extensión hasta el lóbulo inferior de unos 85x6 mm con contornos espiculados, contactado con pleura mediastínica. Fibrobroncoscopia: carcinoma microcítico de pulmón. Por último, se deriva a Oncología para valorar opciones terapéuticas.

Conclusiones

La radiografía de tórax sigue siendo una de las pruebas de imagen básica, pero a la vez esencial y accesible para realizar un diagnóstico inicial de posibles lesiones pulmonares. El tabaco es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón, por lo que debemos sospecharlo ante un paciente con clínica compatible. No olvidar la importancia de la exploración física y la reevaluación posterior de nuestros pacientes para descartar progresión de una posible enfermedad.

Palabras Clave

Carcinoma Microcítico de Pulmón, Vértigo, Radiografía.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Sospecha síndrome de Guillain Barré

Celotti Orozco M¹, Cruz Molina C², García Onieva F³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza y sensibilidad en MMII.

Historia clínica

Mujer de 62 años. Hipertensa y dislipémica. Fumadora de un paquete al día.

Antecedentes: artrosis, fibromialgia, discopatía lumbar.

Acude por cuadro de pérdida progresiva de fuerza y sensibilidad en ambos MMII que desde hace 5 días se ha hecho completa. En los últimos 3, además, pérdida del control de esfínteres. Anteriormente había consultado diez días antes por dificultad para la deambulación, con necesidad de incrementar la base de sustentación. En esa ocasión se realizó analítica y TAC de cráneo que resultaron ser normales.

En la exploración, únicamente destaca fuerza muscular y ROT abolidos en MMII de forma simétrica y conservados en MMSS. Babinski negativo. Disminución de la sensibilidad hasta nivel de ombligo. No mantiene la estabilidad del tronco. No otra focalidad neurológica.

Analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa sin alteraciones. Se decide realización de nuevo TAC previo a punción lumbar cuyos resultados fueron: disociación albumino-citológica: proteinorraquia 592 con 2 leucocitos).

Enfoque individual: no relevante.

Enfoque familiar y comunitario: no relevante.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: sospecha de síndrome de Guillain-Barré. Por estas características clínicas habría que valorar infarto espinal anterior en fase de shock medular y otras opciones compresivas o infiltrativas. No obstante, por la arreflexia y disociación albúminocitológica podría tratarse de una polirradiculoneuropatía aguda.

Tratamiento, planes de actuación: en Urgencias se inicia tratamiento con Inmunoglobulinas: por un peso de 110 kg se calculan 45 gr (0.4 g/kg/día) en 450 cc que se administran a razón de 25 ml/h con incrementos de 25 ml/h cada 30 minutos, hasta alcanzar los 125 ml/h, manteniéndose este ritmo de perfusión hasta finalizar los 450 cc.

Evolución

Ingresa en planta de MI. Se solicita RMN de columna completa: lesiones infiltrativas metastásica vs. mielomatosa, con fractura de D7 y componente tumoral en espacio epidural anterior y posterior que comprime médula dorsal a dicho nivel. Se decide biopsia de D7. En TAC de tórax-abdomen: engrosamiento de sigma. No primario conocido. Se descarta actitud urgente por Neurocirugía por déficit establecido de más de 72 horas.

Conclusiones

En un paciente que consulta por pérdida de fuerza habrá que realizar exploración neurológica y realización de pruebas complementarias pertinentes para descartar patología de Urgencias.

Palabras Clave

Urgencias, Neuropatía Periférica, Infarto Espinal.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Cefalea, más allá de lo tensorial

Romero Jaén R¹, Alcalá Lara M², Meseguer Gómez M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios (Aljarafe). CS Gines. Sevilla

² Médico de Familia. CS Gines. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. CS Coria del Rio. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea de larga evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Alergia estacional. Fumador de 10 cigarrillos/día y consumidor de cannabis. Sección de fibras musculares de esternocleidomastoideo tras accidente de tráfico.

Anamnesis: paciente de 49 años que acude por primera vez a nuestra consulta de Atención Primaria hace un año por cefalea pulsátil de predominio occipital que se irradia hacia frontal. No tiene características de alarma. Nos cuenta que comienza por primera vez tras accidente de tráfico que sufrió y que además está pasando por un momento laboral difícil. Prescribimos tratamiento de primer escalón analgésico.

Exploración: hemodinámicamente estable. Exploración neurológica normal. ACR sin hallazgos. Aumento de tono y dolor a la palpación de MMPP cervical, con limitación de los movimientos por dolor.

Pruebas Complementarias: TAC y RNM normal.

Enfoque individual: evolución: tras varias semanas con el tratamiento, nuestro paciente reconsulta por el mismo motivo, indicando mejoría inicial, pero de nuevo comienza cefalea más intensa que la última vez, holocraneal, con crisis de pocas horas, y que siempre ocurren de madrugada, despertándole por la noche sin soportar el decúbito. Además, refiere rinorrea y lagrimeo izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: llegados a este punto, tenemos que hacer un diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de cefalea, y tras el análisis llegamos a cefalea en racimos. Fue valorado en numerosas ocasiones por su Médico de Familia, en una ocasión por Neurología con diversos tratamientos sin mejoría. No encontró mejoría hasta que acudió a un punto de Urgencias donde analizaron su sintomatología y administraron oxigenoterapia.

Tratamiento, planes de actuación: durante la crisis se administró O₂ y se prescribió 1 bolo de MTP 250 mg intravenosa durante 3 días. Verapamilo 120 mg con dosis ascendente hasta llegar a 1 comprimido cada 8 horas como profilaxis. Prescripción de O₂ domiciliario para futuras crisis.

Evolución

Evolución favorable. Disminuyeron las crisis y la intensidad de las mismas.

Conclusiones

Los Médicos de Familia tenemos una herramienta muy potente en nuestras manos, la anamnesis y la exploración física. Debemos intentar vencer la barrera de los 6 minutos por paciente y poner todos nuestros sentidos en cada uno de ellos.

Palabras Clave

Headache, Headache Disorders, Oxygen Inhalation Therapy.

ÁREA: NEUROLOGÍA

La ansiedad se transforma en Parkinson

Merino de Haro I¹, Muñoz Gámez A²

¹ Médico de Familia. CS Salobreña. Granada

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Armilla (Granada)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mutismo y disminución de la movilidad.

Historia clínica

Paciente de 41 años que, en la primera consulta, su mujer nos comenta que ha notado que ha perdido agilidad y tiene dificultad para comunicarse con fluidez. Lo han asociado de un proceso de estrés en el trabajo, y ansiedad ocasionada por el mismo. En la anamnesis dirigida, destaca que el proceso empeora con el trabajo, en proceso festivo ha mejorado, aunque no desaparecido. Sin destacar más síntomas asociados.

En la exploración física destaca: una hiponimia importante, reducción de la movilidad, ausencia de braceo, y rueda dentada bilateral, sin temblor, ni otra clínica de relevancia. En TAC craneal no destaca afectación alguna.

Se deriva a M. Interna para estudio de Parkinson. En la misma se descarta patología, y se asocia a estrés laboral intenso, se pautan antidepresivos, y ansiolíticos. Tras un mes de tratamiento el paciente no presenta mejoría clínica, por lo que, en consulta de Atención Primaria, se aconseja una segunda opinión, ya que el cuadro es compatible con enfermedad de Parkinson, en la misma, se solicita un SPECT, y se pauta

Levo/Dopa, con mejoría clínica. En el resultado de pruebas completarias se diagnostica de Enf. Parkinson.

Enfoque individual: el diagnóstico, a pesar de su gravedad, mejoro la situación tanto física como psicológica del paciente.

Enfoque familiar y comunitario: familia en fase de Extensión, la relación con su mujer es muy buena, lo cual le ha ayudado en el proceso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad de Parkinson. Trastorno Depresivo.

Tratamiento, planes de actuación: levodopa/carbidopa.

Evolución

El paciente tras el proceso diagnóstico ha mejorado, aumentando la autonomía y disminuyendo el deterioro físico y emocional.

Conclusiones

La visión longitudinal del Médico de Familia, así como el conocimiento del funcionamiento de la Atención Primaria es una herramienta esencial en el sistema sanitario.

Palabras Clave

Parkinson Disease, Akinetic Mutism, Muscle Rigidity.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Desactivando el código ictus

García Serrano C¹, Vílchez Megías P², Mata Navarro M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Úbeda. Úbeda (Jaén)

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hemiplejía izquierda.

Historia clínica

Varón de 46 años con antecedentes de dislipemia y tabaquismo. Acudimos a su domicilio por traumatismo craneoencefálico tras intentar levantarse y presentar incapacidad para movilizar miembro inferior y superior izquierdos. Previo a este episodio el paciente refiere dolor cervical intenso.

A la exploración el paciente presenta funciones cerebrales superiores normales. Campimetría por confrontación normal sin extinción. No restricciones oculomotoras. Facies sin déficits motor o sensitivo. Motilidad lingual normal. Tetraparesia de predominio crural (más en la izquierda que en la derecha). Plejía de miembro superior izquierdo. No eleva contragravedad las extremidades inferiores. Hipoestesia de las cuatro extremidades, más hipoestesia de miembros derechos. Reflejo cutáneo plantar indiferente bilateral. Sondaje urinario.

Enfoque individual: se activó código ictus, sin embargo, tras exploración neurológica se sospechó mielopatía cervical aguda. A su llegada al hospital se realiza protocolo ictus, no se observan áreas de hipodensidad o mala delimitación entre sustancia blanca y gris que sugieran la presencia de lesión isquémica aguda.

No se observan lesiones vasculares valorables. Se confirma la sospecha de compresión medular y es derivado a servicio de Neurocirugía.

Enfoque familiar y comunitario: la ocupación del paciente es temporera, en situación laboral irregular. Tras ser interrogado refiere levantar pesos frecuentemente y haber presentado con frecuencia dolor cervical por el que no ha consultado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome Brown Sequard. Compresión medular extrínseca.

Tratamiento, planes de actuación: intervención urgente, discectomía C3-C4 y sellado de defecto dural.

Evolución

Está comenzando a tolerar bipedestación. Moviliza la pierna. Persiste la paresia del brazo izquierdo. Realizando ejercicios de rehabilitación.

Conclusiones

Importancia de la exploración neurológica previa a pruebas de imagen. Necesidad de realizar una captación de trabajadores en situación irregular que carecen de aseguramiento o de revisiones de salud en el ámbito laboral.

Palabras Clave

Brown Sequard Disease, Neurology, Emergencias.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Bell, Bell, Bell, parálisis de Bell.

Sariego Montiel J

MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Riotinto. CS Moguer. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias.

Motivos de consulta

Desviación de comisura derecha e imposibilidad para cerrar el ojo derecho tras administración de vacuna contra SARS-COV 2.

Historia clínica

Paciente mujer de 35 años que acude a urgencias por cuadro de horas de evolución consistente en dificultad para la contracción muscular facial voluntaria de hemicara derecha albergando región frontal, surco nasogeniano así como imposibilidad para la contracción orbicular derecha con signo de Bell +, parestesias en región malar derecha y sabor metálico de las comidas. Niega antecedentes sistémicos, infecciosos o traumáticos recientes. Como antecedente refiere comenta otalgia de 6 días de evolución sin fiebre ni otra clínica ORL actualmente resuelto. La paciente comenta que dos días antes había sido vacunada con la primera dosis contra SARS-COV 2.

Enfoque individual: RAMC: amoxicilina, niega hábitos tóxicos. Niega antecedentes familiares de interés. AP: preeclampsia, condromalacia. IQx: cesárea. No realiza tratamiento habitual. EF: BEG, COC, NH y NC, eupneica en reposo, afebril. Otoscopia bilateral normal. Neurológico: Glasgow 15. PINRL, MOEC. PC conservados, salvo VII PC derecho a nivel periférico. Fuerza y sensibilidad conservadas en las 4 extremidades, salvo en hemicara derecha.

Pruebas Complementarias: TA: 135/79; FC: 69; Sat. O₂: 98%; Glucemia capilar: 106.

Enfoque familiar y comunitario: estudio en familiares de DM.

Juicio clínico: parálisis facial periférica idiopática o Parálisis de Bell.

Diagnóstico diferencial: infección por virus herpes simple o zoster (Sd. Ramsay Hut). Sd. Guillain-Barré. Colesteatoma, neurinoma del acústico... Enfermedades sistémicas: DM, hipertiroidismo, Enf. de Lyme, sarcoidosis, linfomas...

Tratamiento, planes de actuación: fisioterapia facial (masticar chicle, inflar globos...). Protección ocular (gafas de sol durante el día, lubricante ocular con carmelosa, oclusión nocturna con parche previa administración de pomada oftálmica antibiótica...). Pauta descendente de corticoides. Aciclovir 200 mg/4 h durante 10 días.

Evolución

La paciente fue derivada a consultas de neurología de manera reglada. Se solicitó estudio con RMN craneal que resultó normal así como serología para VHS, VVZ y VEB que resultaron positivos para IgG catalogándose finalmente como Sd Ramsay Hunt (herpes zóster ótico) posvacunación.

Conclusiones

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento engloba diferentes áreas, debiendo insistir sobre todo en la rehabilitación facial y la protección ocular, todo ello advirtiendo al paciente de la lentitud ocasional con la que el proceso puede tardar en resolverse.

Palabras Clave

Parálisis de Bell, Herpes Zóster Ótico, Parálisis Facial.

ÁREA: OFTALMOLOGÍA

Pterigión complicado

Ulloa Jerez C, Sánchez Pareja V, Venegas Rubiales E

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Poniente. Cádiz

Ámbito del caso

CS.

Oftalmología de su hospital de referencia para seguimiento estrecho.

Motivos de consulta

Dolor ocular.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se decide, por el servicio de Oftalmología, cirugía conjuntival para extracción y análisis en anatomía patológica de la excrescencia, la cual revela la posibilidad de una lesión tumoral en la conjuntiva. A descartar Carcinoma epidermoide conjuntival. Finalmente se desestima la posibilidad de biopsia por riesgo para el paciente. Se deriva a la unidad de referencia de Oncología ocular para plantear la estrategia terapéutica.

Historia clínica

Varón de 65 años que acude a consulta de su CS por ojo rojo izquierdo, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño, así como un crecimiento de tejido carnoso en la conjuntiva, coincidentes con un Pterigión, diagnosticado hace 8 meses y cuyos síntomas se han agravado en los últimos días. Refiere no mejoría con antiinflamatorios tópicos, y enrojecimiento de la lesión más acentuada. Visión conservada en ambos ojos.

Tratamiento, planes de actuación: se inicia tratamiento con 5FU tópico al 1%, cada 6 horas, en semanas alternas.

Enfoque individual: RAMC: betalactámicos; AP: HTA esencial de larga data, dislipemia, No DM. Hábitos tóxicos: exfumador, bebedor habitual.; IQ: no refiere; TRATAMIENTO Habitual: simvastatina 20 mg/24 h, bisoprolol 10 mg/24 h.

Evolución

Lesión tumoral conjuntival en estudio.

Exploración: c, O, H, C, P. BEG. Eupneico en reposo. PICNR, no focalidad neurológica, pares craneales normales, fuerza y sensibilidad conservada. Se aprecia una lesión lobulada en conjuntiva bulbar temporal OI de aspecto irregular con enrojecimiento de la lesión.

Conclusiones

Es importante evaluar las características clínicas y la evolución de las lesiones oftálmicas para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, así como para prevenir la extensión ocular y sistémica del carcinoma conjuntival y poder preservar la función visual.

Enfoque familiar y comunitario: se informa al paciente acerca de la posibilidad de cirugía y es derivado de forma preferente al servicio de

Palabras Clave

Pterigión, Carcinoma Epidermoide Conjuntival.

ÁREA: ONCOLOGÍA

Doctor, me duele mucho la barriga

Simão Aiex L

Médico de Familia. CS San Miguel. Torremolinos (Málaga)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias, Oncología.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Varón de 55 años que acude desde hace más de 10 años a su médico y a servicio de urgencias extrahospitalarias prácticamente a diario demandando ansiolítico por ansiedad. En los últimos 6 meses empieza a acudir refiriendo dolor abdominal predominantemente epigástrico, no irradiado, acompañado de ansiedad y sin apenas exploración se trata con escopolamina.

Tras un mes sin presentarse en urgencias acude a su médico refiriendo dolor abdominal, ictericia generalizada de una semana de evolución, coluria, acolia y pérdida de 15 kg de peso en el último mes. Se realiza ecografía abdominal en consulta que objetiva leve dilatación de vía biliar central, dilatación de colédoco y conducto de Wirsung, probablemente secundario a lesión hipoecoica de 2,5cm de cabeza pancreática. Con diagnóstico de presunción se deriva a hospital para completar estudio. Biopsia pancreática y TAC se observa que la lesión además engloba vena mesentérica superior con estenosis de confluencia de vena esplenoportal con dilatación postestenótica. Ca19.9: 2856 u/ml.

Enfoque individual: hiperfrecuentador, politoxicomano en programa de metadona, bebedor esporádico, sin alergias medicamentosas conocidas y antecedentes personales de esquizofrenia paranoide con diversas descompensaciones y abandono de tratamiento, hepatitis c crónica en tratamiento y diabetes mellitus tipo 2 mal controlada.

Enfoque familiar y comunitario: siempre acude acompañado de sus padres de avanzada edad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: adenocarcinoma infiltrante de páncreas.

Tratamiento, planes de actuación: ingresa en digestivo que indica tratamiento con enzimas pancreáticas y analgésicos tipo metamizol y tramadol. Aumenta dosis de metadona. Esfinterotomía y colocación de prótesis metálica para drenaje biliar con mejora significativa. Comité oncológico indica irreseccabilidad neoplásica, y se traslada el caso para Atención Primaria.

Evolución

Actualmente el paciente sigue tratamiento conservador con seguimiento por unidad de dolor y médico de Atención Primaria. Persisten algias diarias por lo que sigue frecuentando urgencias extrahospitalarias y médico de familia constantemente, donde existe sentimiento de culpa generalizado.

Conclusiones

A la mayoría de los pacientes con problemas de salud mental, ingesta de tóxicos e hiperfrecuentadores no se les suele prestar demasiada atención, sin embargo, nunca se debe generalizar. Es importante dedicar tiempo a la anamnesis y exploración física adecuada, principalmente cuando aparece un nuevo e reiterado motivo de consulta. Una buena actitud médica salva vidas.

Palabras clave

Dolor Abdominal, Cáncer.

ÁREA: ONCOLOGÍA

Algo más que una fiebre común

Alcalá Lara M¹, Carmona Pérez I², Romero Jaén R³

¹ Médico de Familia. CS Gines. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios (Aljarafe). CS Gines. (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Fiebre fluctuante de larga evolución.

Historia clínica

Varón de 24 años que consulta en varias ocasiones por fiebre fluctuante vespertina de un mes de evolución, con sudoración y malestar general asociados, sin otra sintomatología. Tras visualizar en radiografía de tórax imagen sugestiva de consolidación lobar derecha, se inicia antibioterapia empírica. Ante la no mejoría clínica, el paciente es derivado de forma preferente al servicio de medicina interna, donde realizan TAC de cuatro áreas que evidencia múltiples adenopatías supra e infradiaphragmáticas, con resultado anatomo-patológico de "linfoma de Hodgkin clásico (subtipo esclerosis nodular tipo II)".

Enfoque individual: no reconoce factores de riesgos cardiovasculares ni antecedentes familiares de enfermedad neoplásica. Como único dato reseñable, padece síndrome de Gilbert.

A la exploración en Atención Primaria, buen estado general, febril (38.ºC). Hemodinámicamente estable si hallazgos relevantes a nivel cardiorrespiratorio ni abdominal. Adenopatías latero cervicales y supraclaviculares.

Para llegar a su diagnóstico, desde Atención Primaria, se solicita analítica general con reactantes de fase aguda, serología, estudio de autoinmunidad y marcadores tumorales. Se completa estudio, desde servicio hospitalario de Medicina Interna, con diversas pruebas radiológicas (radiología de tórax, TAC de cuatro

áreas), biopsia ganglionar y tomografía por emisión de positrones.

Enfoque familiar y comunitario: regular aceptación del diagnóstico con buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular tipo II estadio IV-B (afectación pulmonar- médula ósea).

Diagnóstico diferencial: infección por SARS-CoV-2, síndrome mononucleósico, neumonía bilobar derecha adquirida en la comunidad.

Tratamiento, planes de actuación: tras obtener diagnóstico de certeza se deriva a servicio de Hematología de manera preferente. Por su parte, inician criopreservación y tratamiento con varios ciclos de quimioterapia (ABVD).

Evolución

Tras inicio de quimioterapia, corroboran mediante PET-TAC excelente respuesta metabólica. En el ecuador del tratamiento, presenta neutropenia que obliga a retrasar el plan de actuación, con previsión de retomarlo en un mes.

Conclusiones

Obtenemos como conclusión la importancia de ser conocedores desde Atención Primaria del linfoma como causa potencial de fiebre y adenopatías en pacientes jóvenes, por su alta prevalencia en esta franja de edad (13% en el mundo); así como la necesidad de derivación inmediata para su estudio completo y tratamiento específico.

Palabras Clave

Fever, Lymphadenopathy, Lymphoma.

ÁREA: ONCOLOGÍA

No se debe desestimar una clínica inhabilitante a pesar de normalidad en pruebas complementarias a la ligera

Mendoza Dobaño T

Médico de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Jaén

Ámbito del caso

Atención domiciliaria.

Motivos de consulta

Dolor en escápula y costado derecho.

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 58 años derivada múltiples veces al hospital comarcal desde Primaria por intenso dolor en espalda refractario a tratamiento ambulatorio, fuera del curso habitual del proceso. Fue ingresada a cargo del servicio de Traumatología con diagnóstico de fibromialgia y herniación intrasomática del disco de platillo vertebral superior de L2 junto a signos de discopatía degenerativa en L4-L5. Además de una pérdida de peso ponderal de unos 13 kg en los últimos dos meses y astenia e hiporexia. Finalmente, es derivada a urgencias de hospital de primer nivel para estudio de síndrome constitucional.

Exploración: no tolera bipedestación, dolor a la palpación esterno-costal, dolor en la zona escapular izquierda a la movilización del brazo derecho, sudorosa y disneica, resto de la exploración normal.

Enfoque individual. Antecedentes personales: intolerancia a tramadol y Frenadol. Exfumadora de hace más de 20 años de 6-8 cigarrillos/día. Sin intervenciones quirúrgicas previas.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente cuenta con el apoyo principal de su madre, que es quien la ha cuidado durante todos los meses de padecimiento del dolor. También cuenta con dos hermanos que se preocupan por ella y han colaborado con su madre para favorecer el bienestar de la paciente. La paciente es soltera y no tiene hijos.

Juicio clínico: síndrome constitucional, sospecha oncológica.

Diagnóstico diferencial: mieloma múltiple, cáncer mama.

Identificación de problemas: asumir un estado de no gravedad por falta de resultados concluyentes en las pruebas.

Tratamiento: antibioterapia, heparina, omeprazol, metoclopramida, dexketoprofeno y tramadol

Planes de actuación: se acuerda ingreso para estudio y control del dolor en Medicina Interna.

Evolución

En pruebas complementarias de hallan metástasis en mama, hígado y óseas. Por inmunohistoquímica se sospecha cáncer gástrico. Empeoramiento del cuadro imposibilita pruebas invasivas. Finalmente, la paciente fallece durante el ingreso.

Conclusiones

Este caso nos muestra la importancia de atender a la clínica de los pacientes y no desistir si los resultados de las pruebas son normales, especialmente ante un deterioro progresivo del paciente. Por parte de Atención Primaria es importante revisar las pruebas disponibles, quizá se podrían haber detectado las lesiones osteolíticas.

Palabras Clave

Lesiones Osteolíticas, Metástasis, Cáncer Gástrico.

ÁREA: ONCOLOGÍA

Doctora, voy de escozor en escozor

Alcayde Perea L¹, Pacheco Jiménez M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torreblanca. Sevilla

² Médico de Familia. CS Torreblanca. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 71 años, desde enero de 2020, infecciones del tracto urinario de repetición.

Historia clínica

Anamnesis: acude a consulta hasta en cinco ocasiones por disuria y tenesmo. Niega dolor abdominal ni en fosas renales. Niega fiebre. Sin otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual: tres hermanos fallecidos por cáncer de pulmón, páncreas y de origen desconocido.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. No factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos. Patologías previas: endometritis. Intervenciones quirúrgicas: artroplastia total de rodilla derecha; dermodesis por dedo en martillo; varices en ambas piernas. Amigdalectomía en la infancia.

Exploración: abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes. No signos de peritonismo. No se palpan masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativos. Puñopercurción renal bilateral negativa.

Pruebas complementarias: tiras de orina (enero, agosto, septiembre 2020): leucocitos y hematíes positivos. Elemental de orina (enero 2021): leucocitos 500 con 60 hematíes. Leucocitos 500 con 300 hematíes. Urocultivo (septiembre 2020, noviembre 2020, enero 2021): negativos. Analítica de sangre (enero 2021): sin hallazgos,

salvo glucemia basal alterada. Ecografía de abdomen (febrero 2021): esteatosis hepática difusa. Colelitiasis. Lesión ocupante de espacio intravesical sospechosa de tumoración.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: infección del tracto urinario de repetición con hallazgo de tumoración vesical.

Tratamiento, planes de actuación. Tratamiento de las cistitis: primeras dos consultas: fosfomicina 3 mg, un sobre cada 24 horas durante 2 días. Tercera y cuarta consulta: ciprofloxacino 500 mg, un comprimido cada 12 horas durante 7 días. Amoxicilina Ácido clavulánico 500 mg; un comprimido cada 8 horas durante 7 días. El 10 de febrero de 2021: derivación a Urología.

Evolución

En urología, tras cistoscopia, resección transuretral y TAC abdominal se diagnostica de carcinoma urotelial infiltrante de alto grado con afectación ganglionar ilíaca y diafragmática. Se deriva a Oncología. Ha iniciado tratamiento neoadyuvante quimioterápico, siendo candidata a cistectomía radical posterior. En septiembre de 2021; la paciente se encuentra asintomática y con excelente estado general

Conclusiones

No debemos infravalorar una cistitis de repetición, que puede llevar enmascarada una tumoración asentada en vejiga, cuya manifestación inicial sea la cistitis de repetición.

Palabras Clave

Recurrencia, Cistitis, Neoplasias de la Vejiga Urinaria.

ÁREA: ONCOLOGÍA

Doctor, no sé qué me pasa

González Muñoz F, Fiol Beltrán M, Guerrero Martínez C

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Palma Palmilla. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia.

Historia clínica

Enfoque individual: hombre de 31 años, sin antecedentes de interés, que acude por segunda vez al servicio de urgencias en dos semanas por dolor lumbar y abdominal difuso. No presenta síntomas miccionales, alteración del hábito intestinal, ni fiebre.

En la palpación abdominal se objetiva una masa abdominal no explorada hasta esta ocasión.

En la analítica destaca una hemoglobina en rango transfusional. Se solicita TC abdominal donde se describe una tumoración retroperitoneal con diversas metástasis ganglionares y pulmonares.

Enfoque familiar y comunitario: familia desestructurada, ciclo vital en fase V, con aceptable apoyo social. El paciente acudió solo a consulta, contactando con los Familiares tras el diagnóstico e ingreso del paciente en el hospital.

Juicio clínico: tumoración abdominal.

Diagnóstico diferencial: hematoma aórtico encapsulado, aneurisma de aorta, tumoración retroperitoneal.

Tratamiento, planes de actuación: analgesia y transfusión sanguínea urgente. Ingreso en observación.

Evolución

Posteriormente, el paciente fue ingresado a cargo de medicina interna donde fue diagnosticando de Germinoma en teste derecho con múltiples metástasis. Durante tres semanas sufrió anemizaciones que requirieron transfusiones, insuficiencia respiratoria, ingreso en UCI y finalmente éxitus.

Conclusiones

La lumbalgia es uno de los motivos más frecuentemente consultados en Atención Primaria. Puede ser una manifestación de diversas patologías de mayor o menor gravedad, desde una simple contractura muscular o un cólico nefrítico hasta patología aórtica o una tumoración abdominal, por ello es clave la anamnesis y exploración detallada de los pacientes con dicha dolencia en el ámbito de la Atención Primaria.

Palabras Clave

Dolor Lumbar, Metástasis, Germinoma.

ÁREA: ORL

Sordera súbita: como sospecharla y tratarla

Domínguez Fernández Y¹, Luque de Ingunza M², Estrada Ayala P³

¹ Médico de Familia. CS Utrera Sur. Hospital de Valme. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Sur. Hospital de Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Paciente que acude a nuestro CS por mareos desde el día anterior con giro de objetos, náuseas, un vómito y cifras de TA elevadas de 170/90. No fiebre. No cefalea.

Motivos de consulta

El paciente acude agobiado por el mareo (tipo vértigo) con giro de objetos constante desde hace un día. Al interrogarlo refiere también discreta sensación de hipoacusia en oído izquierdo del mismo tiempo de evolución que no le ha dado importancia. No otalgia ni otorrea.

Historia clínica

Se trata de un paciente hombre de 50 años HTA en tratamiento (buen control) y fumador de 1 paquete diario. No episodios anteriores ni antecedentes familiares. No alteración de la agudeza visual.

Enfoque individual: se realiza una exploración neurológica completa normal, salvo nistagmus horizonte-rotatorio y Romberg positivo. Apreciamos hipoacusia en oído izquierdo a tonos agudos con respecto al contralateral. Otoscopia normal. TA de 150/80.

Enfoque familiar y comunitario: ante la sospecha de sordera súbita iniciamos tratamiento CT altas dosis 5 días, sulpirida y se deriva a ORL para seguimiento y realización de audiometría para valorar la pérdida de agudeza auditiva. Tras 5 días mejoría clínica parcial de los vértigos y recupera

50% audición, pero se objetiva en la audiometría pérdida del 40% oído izquierdo. Se solicita RM craneal poros acústicos que es normal.

Juicio clínico: es una sordera súbita.

Diagnóstico diferencial: síndrome de Meniere, colestea toma, crisis HTA, ictus.

Tratamiento, planes de actuación: tras altas dosis de corticoides vía oral 10 días con Deflazacort pauta descendente el paciente presenta recuperación progresiva y desaparición del vértigo en un mes quedando sin secuelas.

Evolución

Finalmente, el cuadro se revuelve y al reevaluarlo a los 2 meses por Otorrino ha recuperado casi por completo la audición en oído izquierdo. Dan alta y revisión por Atención Primaria.

Conclusiones

Destacamos la importancia de una exploración neurológica completa ante un cuadro tan inespecífico como mareos o vértigos para una correcta orientación y tratamiento precoz, en el caso de este paciente se pudo iniciar tratamiento en la primera visita para optimizar la recuperación.

Palabras Clave

Sordera Súbita, Audiometría, Vértigo, Mareo, Hipoacusia.

ÁREA: ORL

Odinofagia, desde atención primaria hasta ORL

Romero Jaén R¹, López García A²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios (Aljarafe). CS Gines. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Motivos de consulta

Odinofagia.

Diagnostico diferencial: entre amigdalitis y epiglotitis aguda. La paciente fue explorada en 3 días por varios servicios sanitarios, con dosis de corticoterapia IM y antibioterapia oral sin ser suficiente.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas. Niega hábitos tóxicos.

Tratamiento, planes de actuación: estuvo ingresada 4 días en planta quirúrgica con ceftriaxona, clindamicina, metilprednisolona y paracetamol IV. No fue necesario drenar el absceso ya que con la medicación intravenosa fueron remitiendo los síntomas.

ANAMNESIS: paciente de 17 años que acude por odinofagia de 48 horas de evolución. Afebril en domicilio y en el momento de la consulta. Sin tos ni otra sintomatología.

EXPLORACIÓN: hemodinámicamente estable. ACR sin hallazgos. Amígdalas hipertróficas, sin llegar a línea media, sin abombamiento, con exudado pultáceo bilateral. No adenopatías laterocervicales.

Evolución

Acudió a revisión 10 días después del alta a consultas de ORL, donde realizaron fibroscopia con epiglotis normal, cuerdas vocales normales y con base lingual y amígdalas sin exudados. No hipertrofia amigdalalar.

Se prescribe Augmentine 875 mg 1 comprimido cada 8 horas durante 7 días.

Enfoque individual: tras dos días de tratamiento, la paciente no mejora. Acude a servicio de Urgencias hospitalarias con dolor a la apertura bucal, cierto estridor, sialorrea e intolerancia incluso a líquidos. Se contacta con ORL de guardia que indica cita urgente a la mañana siguiente en sus consultas.

Conclusiones

Inicialmente tendemos a banalizar los síntomas del área otorrinolaringológica, pensando que podremos solucionar la patología con tratamiento en domicilio. Son pacientes que en algunas ocasiones requieren un seguimiento estrecho para ver la evolución y la necesidad de escalar en el tratamiento. También destacar que cuando nos encontramos en un SCCU tenemos a nuestra disposición el contacto con otros especialistas, ellos se encuentran al otro lado del teléfono, de guardia igual que nosotros.

Pruebas complementarias: analítica con leucocitosis ($33,4 \times 10^9/L$) y neutrofilia ($30 \times 10^9/L$) y proteína C reactiva 175 mg/dl. TAC de cuello con absceso perifaringeo en pared lateral derecha, y epiglotis normal. Fibroscopia con hipertrofia amigdalalar y abundante exudado pultáceo tanto en amígdalas como en base lingual. Cuerdas vocales de aspecto y movilidad normales.

Palabras Clave

Tonsillitis, Retropharyngeal Abscess.

ÁREA: ORL

Esto "no me suena"

Del Barrio Masegosa D¹, Saman A², Cajal Ortega B³

¹ Médico de Familia Adjunto. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

³ Médico de Familia. CS Yunquera de Henares. Guadalajara.

Ámbito del caso

Consulta de Medicina Familiar y Comunitaria de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Otalgia derecha.

Historia clínica

Mujer de 30 años sin alergias medicamentosas conocidas y con los siguientes antecedentes personales Médico-quirúrgicos: esguince radiocarpiano derecho y otitis externa recurrente.

Acude al CS, tras episodio similar hace menos de 1 mes, por otalgia derecha sin resolución completa de dicha clínica desde entonces, objetivando a la exploración física (EF) el conducto auditivo externo (CAE) repleto de secreción que imposibilita la visualización del tímpano, por lo que se pauta azitromicina oral 500 mg c/24 h. durante 5 días, así como tratamiento tópico con gentamicina+dexametasona. A los 4 días la paciente regresa relatando mejoría parcial.

Enfoque individual: sin interés.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedente epidemiológico relevante.

Juicio clínico: otitis mixta, otitis externa recurrente.

Diagnóstico diferencial: otitis externa aguda difusa, otitis media (OM) aguda supurada, OM crónica simple, OM crónica colestomatosa e histiocitosis, tuberculosis, hongos y tumores.

Identificación de problemas: recurrencia de episodios en paciente sin claro diagnóstico clínico

ni microbiológico, así como posible afectación de audición secundaria a los mismos.

Tratamiento, planes de actuación: tras reevaluar a la paciente, quien relata múltiples episodios similares, así como mareo de características inespecíficas (objetivando posible disfunción vestibular derecha mediante la maniobra Head Impulse Test), percepción de disminución de audición por oído afecto y persistencia de la clínica previamente descrita, se decide realizar un cultivo del exudado del CAE tras objetivar en la EF escasa inflamación de este con perforación timpánica atical, motivo por el que se suspende el tratamiento tópico pautado.

Evolución

Se cultiva *Alcaligenes xylosoxidans* subesp. *xylosoxidans*, iniciando tratamiento, según antibiograma, con ciprofloxacino+fluocinolona, evitando de este modo la probable ototoxicidad derivada del tratamiento con gentamicina, así como se deriva a la paciente a Otorrinolaringología.

Conclusiones

Los antecedentes óticos de la paciente. *Alcaligenes xylosoxidans* es un microorganismo saprófito, agente oportunista en pacientes inmunodeprimidos u hospitalizados por lo que sería importante en estos casos indagar sobre el estado inmunitario del paciente, así como sería recomendable la realización, previo tratamiento antibiótico, de un cultivo dada la recurrencia. Si hay sospecha, o un riesgo elevado de perforación timpánica, debe evitarse la aplicación de gotas ototóxicas, como serían los aminoglucósidos.

Palabras Clave

Otitis, Exudado, Toxicidad.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Demasiados síntomas: la complejidad en primaria

Alcalá Lara M¹, Blanco Taboada A², Bravo Domínguez P³

¹ Médico de Familia. CS Gines. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja de la Cuesta. Castilleja de la Cuesta (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Pérdida de peso y disnea.

Historia clínica

Varón de 64 años que consulta por disnea de esfuerzo y pérdida de peso (10 kilos en los últimos 14 meses) sin hiporexia asociada.

Enfoque individual: en seguimiento estrecho por su Médico de Familia tras diagnóstico, hace años, de enfermedad renal crónica y artralgiás generalizadas. Además, nos encontramos ante un paciente con importante hábito tabáquico y factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, regularmente controlada).

Exploración neurológica, respiratoria y abdominal normales. A nivel cardíaco, presenta soplo sistólico aórtico. No se palpan adenopatías ni bocio.

Desde Atención Primaria, solicitamos: analítica general, donde destaca niveles elevados de creatinina (3.89 mg/dl) y calcio corregido (14.7 mg/dl); prueba de Mantoux, cultivo de esputo, estudio de paratiroides y sistemático de orina, con resultados dentro de la normalidad.

Dada la nueva sintomatología, los hallazgos analíticos y la patología basal, se decide derivación a Urgencias para un estudio más rápido y completo. Desde Urgencias se solicita TAC toracoabdominal, que evidencia hallazgos compatibles con enfermedad granulomatosa crónica principalmente sarcoidosis (patrón micronodular pulmonar difuso y adenopatías homogéneas mediastínicas); descartando afectación paratiroidea y neoplasia.

Enfoque familiar y comunitario: paciente con nivel socioeconómico medio-bajo y educativo básico. Importante dejadez de autocuidados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: sarcoidosis con afectación pulmonar. Hipercalcemia asociada. Enfermedad renal crónica, probablemente secundaria a hipercalcemia.

Diagnóstico diferencial con neoplasia pulmonar, hipercalcemia Familiar, hiperparatiroidismo secundario y otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis.

Tratamiento, planes de actuación: al alta domiciliaria, se continuo tratamiento con corticoides, hasta nueva valoración en consultas de Medicina Interna; donde se valorará inicio de tratamiento inmunosupresor y ecografía renal. Derivación a consultas de Nefrología para seguimiento conjunto.

Evolución

Mejoría de los niveles de calcio y creatinina, tras tratamiento con Furosemida y sueroterapia, durante su estancia en Urgencias. Se inicia corticoterapia.

Conclusiones

En el caso de nuestro paciente y dado el importante hándicap que presenta (descuido de autocuidados), el principal papel del Médico de Familia reside en un seguimiento analítico y sintomático estrecho, que permita llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento precoz, independientemente de la enfermedad. Además, es fundamental insistir en la importancia del autocuidado, concienciando al paciente de que es él el principal responsable de su enfermedad.

Palabras Clave

Dyspnea, Hipercalcemia, Sarcoidosis.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Serán las varices

Huesa Andrade M¹, Granado Ortiz I¹, Gómez de la Mata Galiana R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Expo. Mairena (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Juicio clínico: bloqueo auriculoventricular de tercer grado.

Motivos de consulta

Me noto las piernas cansadas, serán las varices.

Diagnóstico diferencial. Bradicardia asociada al uso de betabloqueantes, insuficiencia venosa crónica.

Historia clínica

La paciente realiza una consulta telefónica refiere sensación de flojedad en las piernas, como cansadas, “serán las varices, recéteme algo”. Mejora al sentarse. Niega dolor torácico, síncope, ni palpitations. No obstante, se le indica acudir para valorarla físicamente. En consulta nos comenta que también se nota la cabeza algo cargada. Refiere que los síntomas se iniciaron hace tres días tras el cambio de medicación de carvedilol de una marca comercial a otra.

Identificación de problemas: ¿Es peligroso la telemedicina? En nuestro caso la paciente refiere únicamente malestar en miembros inferiores. Esto podría relacionarse con su insuficiencia venosa crónica, pudiéndose plantear un tratamiento empírico sin explorar a la paciente. En ocasiones, aunque se cite para evaluar al paciente, hay veces que se cita días más tarde.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada. Eupneica, saturación del 99%. Auscultación cardiopulmonar: arrítmica a unos 40 latidos por minutos. Murmullo vesicular conservado. Tensión arterial: 136/74 mm Hg.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente fue valorada en urgencias hospitalarias donde se inició lavado de betabloqueantes. Durante su estancia se apreció un bloqueo auriculoventricular completo de tercer grado, bien tolerado, ingresó en cardiología con colocación de marcapasos definitivo sin incidencias.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: rítmica sinusal a 56 latidos por minuto, eje neutro. No alteraciones del ritmo ni bloqueos, ni en la repolarización cardíaca.

Evolución

Muy favorable.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica crónica estable. Osteoporosis. Tratamiento habitual: carvedilol 25 mg/12 horas, omeprazol 20 mg/24 horas, ramipril 2,5 mg/24 horas, calcifediol/24 horas, torasemida 2,5 mg/24 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg/24 horas, atorvastatina 40 mg/24 horas.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en que no podemos olvidar que somos Médicos especialistas en personas, y debemos verlos y explorarlos. Deja la pregunta abierta, hasta qué punto es útil la telemedicina.

Enfoque familiar y comunitario: viuda, vive con su hija.

Palabras Clave

Bloqueo Atrioventricular, Bradicardia, Sistema de Conducción Cardíaco.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Vértigo: abordaje precoz ante signos de alarma

Giménez Gironda E

Médico de Familia. CS Almanjáyar. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, atención Domiciliaria.

Motivos de consulta

Vómitos e inestabilidad.

Historia clínica

Mujer de 63 años que consultó por vómitos e inestabilidad con instauración progresiva de clínica neurológica. Requirió valoraciones en su CS y domicilio, así como ser derivada a Urgencias Hospitalarias por su mala evolución y la aparición de signos de alarma. En su manejo participaron Especialidades Hospitalarias y Atención Primaria en colaboración con sus Familiares.

Enfoque individual. Antecedentes personales: tabaquismo, HTA, dislipemia, diabetes tipo 2; SCASEST; accidente cerebrovascular isquémico; hipotiroidismo secundario a Enfermedad de Hashimoto; hipocalcemia crónica en tratamiento.

Anamnesis: presentaba un cuadro de vómitos de una semana de evolución, asociados a sensación de inestabilidad en la marcha en las últimas 48 horas. Refería haber perdido 7 kilos en el último mes.

Exploración: mal estado general y aparición progresiva de clínica neurológica como entecimiento del habla, inestabilidad de la marcha y nistagmo de origen central.

Pruebas complementarias: análisis de sangre con hipopotasemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipocalcemia; ECG con fibrilación auricular de novo; PET-TC con foco hipermetabólico en mama izquierda.

Enfoque familiar y comunitario: es independiente y vive sola, mantiene una red social escasa.

Se estrechó el contacto con su hermana a raíz del cuadro, lo que facilitó que pudiera ser valorada en domicilio, acompañada durante su ingreso hospitalario, y supervisada tras el alta.

Juicio clínico: encefalopatía tóxico-metabólica.

Diagnóstico diferencial: encefalopatía de Wernicke vs encefalopatía por hipomagnesemia e hipocalcemia. Otros diagnósticos: fibrilación auricular paroxística, carcinoma lobulillar de mama.

Tratamiento, planes de actuación: se instauró aporte de magnesio y calcio. Requirió ingreso hospitalario en dos ocasiones y, al alta, se planificaron citas de revisión por parte de Neurología, Medicina Interna y Atención Primaria.

Evolución

Actualmente está en contacto con su CS para controles analíticos periódicos y un plan de atención a pacientes crónicos complejos. Ha regresado a su domicilio, es independiente y percibe un buen estado de salud.

Conclusiones

El Médico de Familia tiene el deber y la obligación de insistir en la necesidad de una atención urgente de sus pacientes cuando detecta signos de alarma o mantiene una alta sospecha clínica de un cuadro que reviste gravedad.

Palabras Clave

Brain Diseases, Metabolic, Wernicke Encephalopathy, hipocalcemia, Magnesium Deficiency.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Bienestar y salud en pacientes pluripatológicos

Carmona Pérez I¹, Fernández Criado J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, atención domiciliaria.

Motivos de consulta

Mujer de 96 años que consulta por lengua depapilada de semanas de evolución y cuadro asteniforme.

Historia clínica

Mediante consulta telefónica, la hija de la paciente contacta con Atención Primaria refiriendo presencia de lengua depapilada y aframbuesada. Reconoce astenia de larga data. Niega toma de corticoides orales. No presenta sensación distérmica ni otra sintomatología por aparatos.

A la exploración en el domicilio, Buen estado general. Consciente algo desorientada pero colaboradora. Destaca lengua depapilada hasta tercio medio sin signos de ulceración. Faringe no hiperémica. No adenopatías cervicales. Resto de exploración por aparatos dentro de la normalidad. Se procede a extracción de analítica sanguínea e inicio de tratamiento empírico con miconazol oral.

Enfoque individual: antecedentes: HTA. Enfermedad renal crónica. Deterioro cognitivo leve.

Enfoque familiar y comunitario: paciente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con la hija, con buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: anemia por déficit de vitamina b 12. Manifestación orofaríngea característica. Dentro del diagnóstico diferencial

hay que tener en cuenta enfermedades de etiología viral (herpes simple), reacciones medicamentosas, candidiasis orofaríngea y enfermedades autoinmunes como el síndrome de Reiter o psoriasis.

Tratamiento, planes de actuación: tras obtención de resultados analíticos, se evidencia anemia macrocítica por déficit de B12, en rango transfusional. Se contacta con Hematólogo de referencia, estableciendo como tratamiento Optovite B12 inyectable en régimen de 3 viales a la semana y control hematimétrico en 1 mes. La paciente no presenta mejoría tras la toma de miconazol oral.

Evolución

Tras hemograma de control, se evidencia mejoría analítica normalizando cifras hematimétricas. Por otro lado, las lesiones en cavidad oral han mejorado, presentando la paciente mejoría clínica con buena ingesta alimenticia.

Conclusiones

En el seguimiento de pacientes crónicos pluripatológicos es imprescindible estar atento ante la aparición de signos y síntomas nuevo que puedan empeorar significativamente su bienestar. Dado la edad de la paciente, no procede realizar biopsia de la lesión, siendo el tratamiento empírico la mejor opción terapéutica. En patologías tan prevalentes como la anemia macrocítica por déficit de B12 en estos pacientes pueden provocar empeoramiento significativo de su situación clínica difícilmente atribuibles a una causa aparente.

Palabras Clave

Anemia, Pluripatológicos, Bienestar.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Doctor me siento mal, ¿podría verme en la consulta?

Merino de Haro I¹, Muñoz Gámez A²

¹ Médico de Familia. CS Salobreña. Granada

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Armilla. Armilla (Granada)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia. Pérdida de peso.

Historia clínica

Paciente de 82 años, asistido en varias ocasiones mediante consulta telefónica, donde refería según historia clínica: mal estar general, pérdida de peso y astenia. Se le solicitó una analítica, con Hemograma y Bioquímica, así como PCR y VSG, sin realizar exploración física.

En la primera consulta que tengo oportunidad de hablar con el paciente, refiere telefónicamente, astenia, con pérdida de peso, y empeoramiento clínico importante de su patología habitual de dolor crónico. Cito presencial para completar historia y realizar exploración clínica. Destacan antecedentes, de HTA mal controlada, por incumplimiento terapéutico, y artrosis generalizada, con dolor crónico, bien controlado.

En la consulta presencial, añadiendo a la anamnesis realizada: exploración general: destaca el aspecto descuidado del paciente, con pérdida ponderal importante, así como situación de desorientación temporoespacial. Neurológica: destaca hiponimia, lentitud en la movilidad, y ausencia de braceo bilateral, con signo de "rueda dentada" con maniobras de provocación contralateral. Resultados de analítica: sin hallazgos de interés. Se decide derivación a Medicina Interna para estudio de posible Parkinson.

Enfoque individual: el paciente asocia un cuadro ansioso-depresivo, agravado por la situación de

pandemia, y la sensación de soledad derivada de la asistencia telefónica, según nos muestra.

Enfoque familiar y comunitario: familia en disolución, vive solo, su hija vive en el Extranjero y no quiere preocuparle con su empeoramiento clínico, lleva sin verla varios años. Requiere ayuda parcial para realizar sus ABVD, Barthel 54, ha estado en seguimiento conjunto por el EBAP, y la trabajadora social, rechazando ayuda y asistencia domiciliaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad de Parkinson. El diagnóstico diferencial se realizó con parkinsonismo secundario.

Tratamiento, planes de actuación: levodopa/carbidopa. Enalapril/htza. Amlodipino.

Evolución

El paciente mejoró de la clínica parkinsoniana, pero su situación social se agravó, a nivel emocional empeoró de manera importante, en primera instancia se instó a hablar con su Familia, debido al mantenimiento de la autonomía del paciente, algo que rechazó, y tras un periodo de reflexión aceptó, trasladándose a vivir junto a su hija.

Conclusiones

La pandemia ha propiciado muchos casos de desatención, por diversos motivos, debemos estar atentos a nuestros pacientes, y primar el bienestar de los mismos, atendiendo a los síntomas de alarma que puedan surgir.

Palabras Clave

Parkinson Disease, Asthenia, Loneliness.

ÁREA: RESPIRATORIO

Una disnea de difícil diagnóstico

Pedrosa Arias M¹, Dabán López B², Escudero Sanchez C²

¹ Médica de Familia. CS Barrio Monachil. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio Monachil. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria. Consultas Externas.

instaura tratamiento con corticoides y azatioprina y broncodilatadores.

Motivos de consulta

Disnea de un año de evolución.

Enfoque individual: mujer de 52 años con AP de hipotiroidismo, ERGE, Exfumadora. Diverticulosis.

Historia clínica

Desde hace un año presenta disnea al agacharse y al caminar si habla, así como al subir escaleras. No procesos respiratorios frecuentes. Golpes de tos desencadenados por sensación de picor en la garganta, con expectoración blanquecina escasa. Así mismo con la exposición a irritantes inespecíficos le provoca sensación disneica. Niega dolor torácico.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido y dos hijas, una de ellas con déficit de atención. Cuidadora de su madre de Alzheimer.

Se realizó estudio de RX tórax y analítica no apreciándose patología aguda. Es derivada a cardiología donde se descarta proceso cardiológico tras prueba de esfuerzo y ecocardiografía. La disnea se hace cada vez más progresiva constándole ya subir escaleras o en cuestas (NYHA II). Se remite a neumología y se realiza espirometría (trastorno mixto de la ventilación, gasometría (normoxemia con hiperventilación alveolar crónica) y TACAR torácico (áreas de fibrosis parcheadas en segmentos superiores de LLII y parcheado en LLSS) sugiriendo este patrón NINE (neumonía intersticial no específica). así misma tras una exploración funcional respiratoria completa concluyen: patrón ventilatorio restrictivo de asiento en tejido pulmonar, con capacidad de transferencia de CO afecta en territorio alveolar y capilar. Se realiza analítica estudio de autoanticuerpos: ac antinucleares + patrón centromérico, ac anti antígeno nuclear extraíble +. La paciente es vista por enfermedades sistémicas donde se amplía el estudio y se

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: nINE (Neumonía intersticial no específica) asociada a patología sistémica SD de Sjögren. Fibrosis Pulmonar Idiopática. Otras Neumonías intersticiales idiopáticas.

Tratamiento, planes de actuación: se inició tratamiento con corticoides y azatioprina. posteriormente tratamiento biológico con Rituximab.

Evolución

La paciente en la actualidad se encuentra en tratamiento con corticoides, micofenolato y en espera de trasplante de pulmón por mala evolución.

Conclusiones

Este caso nos enseña que, ante una disnea en una mujer joven de aparición en un corto periodo de tiempo, no se debe infravalorar el síntoma. Hay que escuchar siempre y realizar una buena historia clínica que nos ayude a hacer un enfoque adecuado.

Palabras Clave

Neumonía Intersticial, Autoinmunidad, SD Sjögren.

ÁREA: RESPIRATORIO

MAREO EN JOVEN DEPORTISTA

De Cos Maestre E¹, Medina García B², Quirante Pérez L¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde. Huelva

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mareo y disnea con ejercicio leve.

Historia clínica

Paciente de 16 años acude a consulta de Atención Primaria por sensación de mareo, debilidad, disnea intensa y taquicardia paroxística, sin pérdida de conciencia ni otros síntomas vegetativos; al realizar actividad física leve-moderada, más llamativo cuando practica natación. La duración del cuadro es menor a 15 minutos y se recupera ad-integrum continuando sus actividades con normalidad. Niega otros síntomas. Tratamiento: no realiza.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no describe. Asintomático en consulta. Constantes: TA 80/60, Sat. O₂ 99%, glucemia 112. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos ni extra tonos. Auscultación pulmonar: buen murmullo vesicular sin otros ruidos patológicos. No otra clínica respiratoria. ORL: anodina. Exploración neurológica: normal. No comenta alteración del ánimo. EKG: ritmo sinusal a 75 lpm, PR normal, eje inferior izquierdo, QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.

Analítica: hemograma y bioquímica normal.

Enfoque familiar y comunitario: AF: no consta, tampoco de cardiopatía estructural.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: sospecha de

cardiopatía no filiada vs pródromos pre-síncope vasovagal.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a Cardiología para estudio. Realizan eco cardio con las siguientes conclusiones: VI y VD de dimensiones y función sistólica normales. Sin valvulopatías. Corazón estructural y funcionalmente normal.

Evolución

De nuevo en Atención Primaria, el paciente insiste en la persistencia del cuadro, centrándose en los síntomas respiratorios. Repetimos exploración. En la auscultación pulmonar nos percatamos de su patrón respiratorio: >12 respiraciones/minuto, con respiración superficial compensada con inhalaciones lentas y exhalaciones repentinas (suspiros). No uso de musculatura accesoria. Explica como normales respiraciones orofaríngeas cuando se ejercita. Enseñamos ejercicios respiratorios y es capaz de reproducir sin dificultad.

Conclusiones

La anamnesis y exploración detalla en la consulta de Atención Primaria nos llevó al diagnóstico y resolución del cuadro: el patrón respiratorio normalizado por el paciente y exacerbado con el ejercicio, contaba con disminución de la inspiración y por tanto con una pobre oxigenación, lo cual explicaba los síntomas vegetativos.

Palabras Clave

Mareo, Disnea, Taquicardia Paroxística.

ÁREA: RESPIRATORIO

COVID PARECE, PERO NO ES

Moguer Galán M¹, Mateos Gómez A², Sánchez de León Cabrera M²

¹ Médico de Familia. CS Sur de Sevilla. Sevilla

² Médico de Familia. CS San Isidro. Los Palacios (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Varón de 86 años, ex-fumador (IPA: 30 paquetes/año), con antecedentes de HTA, dislipemia, DM tipo 2 insulinizado, ERC G4 e HBP, que consulta a través de circuito COVID por aumento de su disnea habitual, hasta hacerse a mínimos-moderados esfuerzos, acompañado de edemas en MMII. Tolera el decúbito. Niega tos, expectoración, fiebre, DPN, ortopnea, dolor torácico y palpitations.

Enfoque individual: EF: BEG, COC, BHYP, normocoloreado. Eupnéico en reposo a 18 rpm con SatO₂: 97% (Fi O₂ 21%). TA: 155/90 mmHg. ACP: corazón rítmico, a buena frecuencia, sin soplos ni extratonos. MV derecho conservado, con hipoventilación en 2/3 inferiores de hemitórax izquierdo. MMII: pulsos pedios simétricos y conservados. Edema con fóvea a nivel maleolar. No signos de TVP.

EKG: rs, buena frecuencia, eje normal. No alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

Enfoque familiar y comunitario: SB: funciones superiores conservadas, independiente para ABVD. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: disnea a estudio. Sospecha de derrame pleural. D/D: etiología: 1.

Respiratoria. 2. Cardíaca. 3. Mixto. 4. Infecciosa. 5. Tumoral.

Tratamiento, planes de actuación: en CS se revisa RX de tórax realizada en los días previos en Servicio de Urgencias Hospitalarias, al cual acudió por malestar general, evidenciándose un derrame pleural izquierdo, que podría justificar la clínica y hallazgos exploratorios del paciente. Se deriva para valorar y filiar etiología.

Evolución

En URG. Hospitalarias, es valorado en Circuito COVID por la clínica y hallazgos radiológicos. Tras test rápido de antígenos para SARS-COV-2 negativo, ingresa en Neumología para estudio de derrame pleural. Tras PP.CC. se objetiva infiltración por adenocarcinoma pulmonar estadio IV A. Tras valoración por oncología, desestiman tratamiento activo y se incluye en Unidad de cuidados paliativos.

Conclusiones

Hacer una anamnesis y exploración física sistematizadas desde el ámbito de la Atención Primaria es fundamental para llegar a un correcto diagnóstico. Tener presente las múltiples etiologías que podrían justificar la presencia de un derrame pleural, a parte de la posible infección por coronavirus, sobre todo ante los antecedentes de hábitos tóxicos. Puntualizar la necesidad de filiar o realizar, al menos, seguimiento de un derrame pleural, pues pueden tener de base una etiología tumoral.

Palabras Clave

Disnea, Derrame Pleural, Adenocarcinoma Pulmonar.

ÁREA: RESPIRATORIO

“DOCTORA, TAMPOCO ES PARA TANTO”

Hernández Vélez L¹, Torres Gómez A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Albaicín. Granada

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana, Motril (Granada)

Ámbito del caso

Paciente atendido en urgencias de Atención Primaria, inicialmente la consulta era telefónica pero la clínica exigía valoración presencial.

Motivos de consulta

Talalgia.

Historia clínica

Paciente de 51 años sin FRCV, ex fumador desde hace más de diez años, acude a nuestra consulta por dolor inespecífico en planta de pie derecha y sensación de acorchamiento. Ingreso hace 2 semanas en Medicina Interna por neumonía COVID leve, dado de alta con heparina diaria (última dosis hace 3 días) siguiendo recomendaciones al alta.

A la exploración se evidencia marcada asimetría índice tobillo-brazo, palidez mucho-cutánea y pie céreo. Pulso poplíteo y pedio derecho ausente, izquierdo presente, aunque débil. No doloroso a la palpación, aunque si aumento de sensibilidad termoalgésica.

Enfoque individual: presenta un cuadro de extrema gravedad y potencialmente mortal que requiere una alta sospecha clínica para evitar futuras complicaciones.

Enfoque familiar y comunitario: debido a la situación de pandemia y que nuestro paciente permanecía aislado en el momento de presentar la clínica por recién diagnóstico de Neumonía COVID, tuvimos que dialogar con el paciente la importancia de acudir al CS o ir a su domicilio para poder evaluar la situación.

Juicio clínico: isquemia arterial crítica.

Diagnóstico diferencial: aunque la clínica nos hacía sospechar una isquemia arterial, no se podía descartar una trombosis venosa profunda o una celulitis.

Nuestro principal problema fue que el paciente y la familia no querían ser valorados ya que no daban importancia al problema real y no entendían el riesgo.

Tratamiento, planes de actuación: se realizó Angio-TC con contraste IV de miembro inferior bilateral objetivando trombosis de arteria femoral profunda, poplíteo, tibial anterior y tronco tibioperoneo derechos. Se realizó endarterectomía arterial de miembro inferior derecho y fasciotomía.

Evolución

Actualmente el paciente camina con normalidad, no claudicación de la pierna. Moderadas crisis de dolor mecánico en pie derecho que han precisado control por reumatología.

Conclusiones

La isquemia crítica de miembros es una patología emergente con muchas complicaciones que precisa una alta sospecha clínica e inmediata actuación. En los últimos años, nos hemos adaptado a una nueva medicina, pero no debemos olvidar el trato humano y debemos aprender a trabajar con el miedo y las dudas de nuestros pacientes.

Palabras Clave

Isquemia Arterial, COVID, Humanidad.

ÁREA: RESPIRATORIO

Importancia del seguimiento de síntomas respiratorios crónicos por parte del MAP

Martínez Pino E, Suárez Vega A

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tos y Disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: varón de 71 años. Trabajó en la construcción durante 35 años, en contacto con mármol y Silestone sin usar protección. No RAMC. Hábitos tóxicos: exfumador. FRCV: dislipemia, hipertensión arterial. Otras enfermedades: bronquitis crónica, rinoconjuntivitis alérgica tratada con inmunoterapia sin clínica de asma bronquial. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento domiciliario: formodual 1/12 horas, loratadina, indapamida, omeprazol, atorvastatina 40 mg.

Anamnesis: paciente de 71 años que acude por tos, expectoración blanquecina y disnea de grandes esfuerzos de meses de evolución, sin dolor torácico. Presenta pirosis y pérdida de 3 kilos en el último mes. No otras alteraciones gastrointestinales ni nefrológico-urinarias.

Enfoque individual. Exploración física: afebril. Buen estado general; consciente, orientado, eupneico; no ingurgitación yugular. Acropaquias. No adenopatías periféricas. ACR: corazón rítmico, sin soplos, murmullo vesicular disminuido en base derecha con crepitantes secos ipsilaterales y crepitantes secos basales izquierdos. Satura 95% con a/a. Extremidades sin edemas, sin signos de TVP. Pulsos pedios presentes.

Pruebas complementarias: hemograma con 500 eosinófilos. Bioquímica con 60 ECA, Ig E 1079.

Coagulación normal. TAC de tórax y abdomen: patrón en vidrio deslustrado de distribución periférica en pulmón izquierdo. Pequeños nódulos pulmonares en cisura izquierda, lóbulo medio de 4-5 mm. Hallazgos en relación con infiltrados intersticioalveolares bilaterales y periféricos.

Juicio clínico: sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Enfoque familiar y comunitario: buen respaldo Familiar

Diagnóstico diferencial: silicosis, infección SARS-COV-2, EPID, carcinoma pulmón.

Tratamiento: evitar exposición al material. Vacunación antigripal anual. Vacunación antineumocócica (Prevenar 13). Resto de tratamiento sin cambios.

Planes de actuación: derivación a neumología.

Evolución

Se estudia en neumología llegando al diagnóstico de EPID y adenocarcinoma mucinoso de LID.

Conclusiones

Recalcando la importancia que ejerce el MAP al ampliar el estudio de un paciente que acude por bronquitis crónica e infecciones respiratorias de repetición. Acabando con un diagnóstico definitivo por parte de neumología de EPID e infiltrados alveolares de novo con histología de adenocarcinoma mucinoso de LID.

Palabras Clave

Tos, Disnea, Adenocarcinoma.

ÁREA: SALUD COMUNITARIA

La tuberculosis, un reto en Atención Primaria

López Montiel C¹, Berbel Díaz L², Domingo A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Campohermoso. Níjar (Almería)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Retamar. Almería

³ Médico de Familia. CS Plaza de Toros. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Disnea y hemoptisis.

Historia clínica

Antecedentes personales: originario de Malí. No fumador.

Enfoque individual. Anamnesis: paciente de 35 años, originario de Malí que presenta molestias torácicas bilaterales que refiere como calor que sube desde el tórax. Pérdida de 4 kg. Desde hace semanas además disnea con tos con esputo e hilos de sangre ocasionales. Afebril.

Exploración: AEG, CYO, eupneico en reposo, Sat. 95^a. Hemodinámicamente estable, TA: 120/80ACP: rítmico sin soplos. MV más disminuido en hemitórax derecho con crepitantes en campos laterales.

Pruebas complementarias: RX tórax: infiltrado en lóbulo superior derecho. Analítica: destaca PCR 6.41, Hb 10.6, Leuc 11.300, N: 83%. TC desde tórax: en LSD lesión consolidativa hipodensa, multicavitada con comunicación bronquial. Derrame pleural derecho con engrosamiento y aumento de captación de hojas pleurales. Pequeñas adenopatías paratraqueales e hiliares derechas.

Conclusión: TBC pulmonar, neumonía cavitada con diseminación endobronquial.

Enfoque familiar y comunitario: vive en casa patera. Trabaja en invernadero.

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar cavitada.

Diagnóstico diferencial: neoplasia pulmonar. Neumonía Sarcoidosis. Infecciones pulmonares por hongos. Asbestosis pulmonar. Absceso pulmonar Nocardiosis. Granulomatosis de Wegener Linfoma.

Tratamiento, planes de actuación: dada la anamnesis y exploración del paciente y la RX de tórax que le realizamos en AP, junto con las condiciones sanitarias en las que vive derivamos a Urgencias hospitalarias para tratamiento y realización de pruebas complementarias con el fin de descartar TBC pulmonar.

Evolución

El paciente ingresó en Neumología, y fue tratado con antituberculosos con mejoría. Desde Atención Primaria se realizó estudio de contactos (Mantoux, RX tórax y Cultivo micobacterias) y tras ello profilaxis atb a los convivientes del paciente.

Conclusiones

Los movimientos migratorios masivos de países con alta endemia de tuberculosis y las condiciones de vida a la que se ven sometidos estos inmigrantes han condicionado un aumento de la enfermedad en muchos países de la UE. Esta nueva circunstancia requiere incrementar los esfuerzos con programas de control y actividades que aseguren un diagnóstico temprano, disponibilidad de la terapia adecuada, el seguimiento y finalización del tratamiento hasta asegurar la curación. Se debe sospechar clínicamente TBC pulmonar en un paciente con tos de más de dos semanas de duración, expectoración hemoptoica y fiebre de origen desconocido.

Palabras Clave

Tuberculosis, Disnea, Hemoptisis.

ÁREA: URGENCIAS

Consecuencias pandémicas

Valle Sevilla S¹, Morera Pérez P², Sousa Payán L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla

² Médico de Familia. CS Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Los Bermejales. Sevilla

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Astenia y disnea de esfuerzo.

Historia clínica

Mujer de 62 años que acude a urgencias por cuadro de astenia y disnea a esfuerzos de meses de evolución. Refiere que, debido a la situación pandémica, no ha podido contactar con su Médico de Atención Primaria.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumadora de 2 paquetes diarios, alcoholismo, hipertensa, dislipémica, Fibrilación Auricular anticoagulada con rivaroxabán. Tumoración en mama izquierda, valorada en urgencias de ginecología el mismo día.

Anamnesis: la paciente refiere astenia y disnea de esfuerzo, con ortopnea, de un año de evolución. Niega dolor torácico, edemas de miembros inferiores ni recorte de diuresis. Asocia episodios de palpitaciones autolimitadas.

Exploración: aceptable estado general, consciente y orientada. Tensión Arterial: 99/73 mmHg; frecuencia cardíaca 90 lpm; saturación de O₂: 98%. Auscultación cardíaca arrítmica a alta frecuencia, sin soplos; auscultación pulmonar y exploración abdominal normales.

Pruebas complementarias: electrocardiograma: fibrilación auricular a 150 lpm, eje normal, BIRDHH. Ag COVID-19 negativo. Radiografía de tórax con índice cardiotorácico aumentado. Radiografía de abdomen sin hallazgos significativos. Analítica: hemoglobina 9,6 mg/dl;

leucocitos 11470; neutrófilos 8420. Resto de hemograma, coagulación y bioquímica normal. En analítica del día siguiente, Hemoglobina 8,7 mg/dl. TAC de abdomen con contraste: hemangiomas hepáticos crónicos. Fracturas costales de octava, novena y décima costillas derechas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Posible carcinoma de mama izquierda.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardíaca, síndrome constitucional, síndrome anémico.

Tratamiento, planes de actuación: en urgencias se administraron 100 mg de atenolol. Después de estar en observación, ingresó en planta de medicina interna.

Evolución

La paciente ingresó en planta de medicina interna por síndrome anémico y FARVR, donde fue diagnosticada de adenocarcinoma de sigma y de carcinoma lobulillar infiltrante de mama. Además, se diagnosticó una dilatación de raíz de aorta de 5 cm.

Conclusiones

Este caso clínico es un ejemplo de cómo la pandemia actual está provocando retrasos diagnósticos en patologías de gran importancia, tanto por las dificultades de acceso a la Atención Primaria, como por el miedo de muchos pacientes a acudir a centros de salud.

Palabras Clave

Pandemia, Astenia, Neoplasia.

ÁREA: URGENCIAS

Doctora

Sánchez Sánchez A¹, Aguado Navarro M¹, Aragón Aragón T²

¹ Medicina de Familia. Hospital de Alta Resolución Utrera (Sevilla)

² Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera (Sevilla)

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

"Tengo un adormecimiento en el brazo y la pierna izquierda".

Historia clínica

Anamnesis: paciente de 71 años que refiere parestesias en miembros izquierdos de 30 minutos de duración de inicio a las 11.30 h de la mañana sin otra clínica acompañante.

Antecedentes personales: NAMC. Ex fumador. Bebedor de 2 cervezas/día. HTA, DM, DLP. Sobrepeso. Arteriopatía periférica. Hiperuricemia. ERC. MRS 1 (camina con bastón).

Exploración clínica: exploración neurológica: asimetría facial gestual izquierda. Claudicación distal con MSI, sin claudicación a nivel proximal. No claudicación con MII. Hipoalgesia leve al pinchazo en miembros izquierdos. No dismetría. Disartria leve. No afasia. No datos parietales corticales. Dificultad para caminar de forma autónoma por déficit sensitivo en MII. Escala NIHSS 3.

Pruebas complementarias: perfiles: CLCR 35 ml/min, LDLC 55 mg/dl, HDLC 35 mg/dl, TG 270 mg/dl; HbA1c 6.5%. B12 normal. Hb 12g/dl. TC cráneo con angioTAC: ASPECTS 10. En ambos territorios carotídeos con imagen de oclusión casi completa de arteria carótida interna derecha inmediatamente tras la bifurcación por imagen sugestiva de trombo. En arteria carótida interna izquierda se objetivan numerosas calcificaciones que reducen su luz con estenosis de aproximadamente el 50% con tortuosidad en

segmentos craneales con flujo presente. Ecografía Doppler TSA y TC: estenosis ACI dcha por trombo en torno al 80% (por imagen). Estenosis ACI izda en torno al 50%.

Enfoque individual: referido en la H^a clínica.

Enfoque familiar y comunitario: hombre de 70 años, independiente para todas las ABVD que camina con un bastón. Vive con su mujer. Buen soporte familiar. Realiza seguimiento de su patología crónica en su CS.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ictus isquémico menor hemisférico derecho de etiología aterotrombótica en paciente con estenosis crítica de ACID secundaria a trombo sobre placa, tratado mediante fibrinólisis IV. Estenosis de arteria carótida interna izquierda del 50%.

Tratamiento, planes de actuación: fibrinólisis en el centro de llegada y tras 24 h, se inicia triple terapia antitrombótica sin complicaciones.

Evolución

Buena evolución clínica.

Conclusiones

La importancia de una buena anamnesis le da al Médico de Familia las herramientas para reconocer un código ictus y proceder a su activación y puesta en marcha del teleictus para una fibrinólisis precoz para reducir el daño isquémico.

Palabras Clave

Stroke, Paresthesia, Fibrinolysis.

ÁREA: URGENCIAS

Cuidado con productos de herbolario

Alonso Alcalde J¹, Ferrer Collantes M²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Pozoblanco. CS Peñarroya. Córdoba

² Tutora de MIR MFyC. CS Peñarroya. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias Hospital.

Motivos de consulta

Ictericia.

Historia clínica

Antecedentes personales: (padece enfermedades autoinmunes): no RAMs. HTA. Dislipemia. DM1 de 39 años evolución con nefropatía, retinopatía y arteriopatía periférica MMII. Psoriasis. EPOC grupo B. Hipertransaminemia en estudio. Intervenciones quirúrgicas: absceso. No hábitos tóxicos. No antecedentes familiares de interés. Enfermedad actual: varón de 47 años que acude a Urgencias por ictericia de 4 días evolución, hipertransaminemia en estudio de 2 años evolución sin consumo de alcohol. Buena dieta. No pérdida de peso, apetito conservado. Afebril. No alteración del tránsito intestinal, no vómitos. No dolor abdominal. Refiere tomar un suplemento de vitamina D+ K de herbolario desde hace un año sin haberlo consultado con su Médico.

Exploración física: buen estado general y consciente. Ictericia subconjuntival y generalizada sin deshidratación. Afebril. ACP: sin hallazgos. Abdomen blando y depresible, hepatomegalia sin ascitis. MMII: no edemas ni signos de TVP

Pruebas complementarias: analítica: hiperbilirrubinemia (elevación de la directa) (7,5), aumento de LDH y transaminasas (800), disminución albúmina y de tiempo protrombina. Ecografía abdomen: hígado aumentado de tamaño sin esplenomegalia que impresiona de hepatitis aguda. No coledocistitis, páncreas de aspecto normal. Se comenta caso con Medicina Interna que decide ingreso.

Enfoque individual: estando ingresado en Medicina Interna se amplía estudio (ingresado

una semana con mejoría): analítica ampliada: serología virus (VHB, VHC, VIH, VEB) negativo. Autoinmunidad (ANA, AMA, anti-músculo liso) negativos. Anti-LKM ligeramente elevado. Marcadores tumorales (CEA, Ca 19,9, alfa-fetoproteína) normales. Vitamina D muy elevada. TAC abdomen con contraste: hepatomegalia en el contexto de hepatitis aguda. Biopsia hepática: hepatitis colestásica por posible origen medicamentoso sin cirrosis. Durante el ingreso se suspende suplemento vitamínico con mejoría. Se da de alta con bilirrubina en 4, disminución transaminasas e ictericia, normalización de marcador anti-LKM descartando hepatitis autoinmune.

Enfoque familiar y comunitario: no estudio Familiar, hepatitis aguda.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hepatitis tóxica/coledocistitis/hepatitis autoinmune/pancreatitis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: durante ingreso en Medicina Interna: suspender suplemento vitamínico. Al alta recomendaciones: no suplementos vitamina D ni productos de herboristería sin control de sanidad. No ingesta de alcohol.

Evolución

Evolucionó favorablemente, revisión en consulta de Digestivo al mes o dos meses con repetición analítica. Si malestar acudir de nuevo a Urgencias.

Conclusiones

Diagnóstico precoz desde comienzo ha evitado una hepatitis crónica con complicaciones.

Palabras Clave

Hepatitis, Tóxica, Fármacos.

ÁREA: URGENCIAS

No todos los marcapasos son definitivos

Alonso Alcalde J¹, Ferrer Collantes M²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Pozoblanco. CS Peñarroya. Córdoba

² Tutora de MIR MFyC. CS Peñarroya. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias hospital.

Motivos de consulta

Disminución nivel consciencia.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMS. No enfermedad cardiorrespiratoria conocida. Hipotiroidismo.

Síndrome ansioso-depresivo. Coledocolitiasis con CPRE en seguimiento por cirugía. No hábitos tóxicos. Intervenciones quirúrgicas:

apendicectomía, coledocolitiasis con CPRE + papilotomía. Situación basal: dependiente ABVD, FFSS conservadas. Vive con cuidadora. Enfermedad actual: mujer de 91 años que acude traída por DCCU tras aviso de su cuidadora, refiere que tiene disminución nivel consciencia, sin síncope ni traumatismo previo. Malestar general y bradicardia. No disnea ni dolor torácico. No cortejo vegetativo. Primer episodio de estas características.

Exploración física: mal estado general. Estuporosa. Afebril. Tensión y saturación oxígeno normales. ACP: tonos rítmicos, bradicardia. No ruidos respiratorios patológicos. MMII: edemas sin signos de TVP. Cambios tróficos de Insuficiencia venosa crónica.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitosis, no anemia, INR 0,98, glucosa 386, creatinina 2,09, PCR 31, troponinas 100, pro-BNP 681. RX tórax: cardiomegalia, redistribución vascular propia de insuficiencia cardíaca sin fallo, no imágenes de derrames ni condensación. EKG: rítmico, BAV completo en bradicardia (40 lpm). Se avisa a intensivista de guardia que decide ingreso.

Enfoque individual: se procede a colocación de marcapasos provisional en UCI. A las 2-3 horas desaparece el bloqueo, pero se aprecia en monitorización elevación ST en varias derivaciones. EKG: IAMCEST posteroinferior. Troponinas 5220. Ecocardiografía urgente: fEV1 con disfunción moderada a expensas de aquinesia inferior. Se avisa a cardiología de Hospital Primer Nivel y decide traslado para cateterismo urgente. No incidencia en traslado que se trata como infarto.

Evoluciona favorablemente tras cateterismo, se desobstruye la arteria coronaria derecha. No precisa marcapasos permanente, bloqueo resuelto e infarto. Al alta sin signos de infección ni de IC, tratada con marcapasos provisional por bloqueo 3º grado transitorio producto de IAM.

Enfoque familiar y comunitario: actuación urgente resuelta.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: IAMCEST/BAV completo/ictus

Tratamiento, planes de actuación: retirada del marcapasos provisional. Tras cateterismo tratamiento IAM y seguimiento por cardiología.

Evolución

Favorable.

Conclusiones

Descubrir rápidamente el infarto de base traslado adecuado a Hospital de Referencia.

Palabras Clave

IAMCEST con Bloqueo AV completo transitorio.

ÁREA: URGENCIAS

Astenia primaveral

Jiménez Cordero A¹, Álvarez Garcés S²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saucejo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia, hiporexia y fiebre.

Historia clínica

Mujer de 18 años. No alergias medicamentosas conocidas. No patologías Médico-quirúrgicas de interés. Acude por cuadro de astenia, hiporexia, fiebre (hasta 39°C), dolor abdominal difuso y náuseas de una semana de evolución. Niega disnea, tos o expectoración. No diarrea ni vómitos. No síntomas urinarios ni lesiones cutáneas.

Exploración física: palidez mucocutánea. TA 110/70. Afebril. Saturación O₂ 97% basal. Adenopatías bilaterales laterocervicales. Ligera hepatomegalia, sin esplenomegalia.

Pruebas complementarias: hemograma: Hb 7.7, VCM 109.8, leucocitosis (16.330) con linfomonocitosis (60.90% linfocitos, y 15.20% monocitos), plaquetas normales. Reticulocitosis (396.030). Test de Coombs directo e indirecto positivo. Frotis de sangre periférica: 30% de formas linfoides de aspecto activado, frecuentes linfocitos en apoptosis y 2 eritroblastos/100 células blancas. No se observan blastos. Autoanticuerpos fríos. Bioquímica: función renal e iones normales, GGT 170, GPT 213 y GOT 175. PCR 2, Ferritina 1448, Haptoglobina <10. LDH 545. Función tiroidea normal. Test de embarazo negativo. Sistemático de orina: hematías 30, resto normal.

Enfoque individual: derivación hospitalaria.

Enfoque familiar y comunitario: no ambiente epidemiológico.

Juicio clínico: anemia hemolítica autoinmune.

Diagnóstico diferencial: síndrome linfoproliferativo. Infecciones: mycoplasma pneumoniae, mononucleosis. Fármacos.

Identificación de problemas: dada las alteraciones analíticas, la necesidad de ampliar el estudio y la posibilidad de transfusión, se consensua con Medicina Interna ingreso en planta.

Tratamiento, planes de actuación: durante el ingreso se realizan los siguientes procedimientos: búsqueda de etiología: se descarta origen farmacológico dado que la paciente no toma medicación, y tampoco síndrome linfoproliferativo por la ausencia de blastos en frotis ni otros trastornos hematológicos. Se solicita serología, siendo positiva para VEB. No se realiza transfusión dada la estabilidad hemodinámica y clínica de la paciente. Se consensua con hematología el tratamiento: sintomático para la infección, y no se administran corticoides porque el origen de la anemia son autoanticuerpos fríos.

Evolución

Tras dos semanas de ingreso, se decide el alta hospitalaria. Acude nuevamente a la consulta de Atención Primaria para seguimiento. Los nuevos controles analíticos se normalizan y la paciente está asintomática.

Conclusiones

No hay que banalizar los motivos de consulta en Atención Primaria. Siempre hay que indagar en la historia clínica y realizar una buena exploración física con el fin de llegar a un *Diagnóstico diferencial* acertado.

Palabras Clave

Anemia, Fiebre, Autoinmune, Infección, Coombs.

ÁREA: URGENCIAS

Después del COVID recuerda el TEP

Aragón Aragón T¹, León Arévalo I², Sánchez Sánchez A³

¹ Médico de Urgencias. Hospital de Alta Resolución Utrera (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Bellavista. Sevilla

³ Hospital de Alta Resolución Utrera (Sevilla)

Ámbito del caso

Médico de familia-urgencias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Paciente de 75 años ingresado por COVID durante 15 días, que acude a urgencias por tos y disnea desde hace 3 días, PCR negativa hace 7 días, comenta que mientras está sentado sudoración profusa y taquicardia mantenida, no fiebre, no tos ni mocos, refiere que continúa cansado desde el alta. No dolor torácico, no fiebre, no vómitos no diarreas, no síndrome miccional. En la exploración física destaca sudoración y taquicardia 108lpm, corazón rítmico no soplos, no trabajo respiratorio. No signos de TVP.

En la analítica destaca D dímero de 16575. En el electrocardiograma no se objetivan cambios eléctricos, radiografía de tórax sin hallazgos similar a las del alta. Escala WELL probabilidad intermedia de TEP. Se deriva al hospital de referencia donde se realiza un TAC con contraste de Tórax objetivando defectos de repleción localizados en bifurcación de arteria pulmonar derecha que se extienden hacia ramas pulmonares segmentarias, de igual modo se observan imágenes compatibles con trombos en arteria pulmonar izquierda con extensión a ramas segmentarias inferiores fundamentalmente. El

paciente pasa a ingreso en plata para tratamiento y seguimiento posterior.

Enfoque individual: antecedentes personales de interés como hipertensión, fumador de 1 paquete de cigarrillos al día, Intervenido de apendicitis hace 15 años.

Enfoque familiar y comunitario: antecedentes familiares sin interés.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar.

Diagnostico diferencial: disnea residual a COVID, neumonía, arritmias cardiacas. La importancia de tener presente esta patología en pacientes COVID y en pacientes post intervención o post ingreso hospitalario inmovilizado.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en planta para anticoagulación.

Evolución

Permanece ingresado en planta.

Conclusiones

La patología del trombo embolismo pulmonar que ya de por sí puede pasar desapercibida y confundirnos con otros cuadros y que tras esta pandemia estamos viendo tantos casos post COVID, viene bien recordarla y tenerlas presente.

Palabras Clave

Pulmonary Embolism, Dyspnea, Cough.

ÁREA: URGENCIAS

Doctora, me duele la garganta y no son placas

Espejo Torres R¹, Romero Portero V², Rivera Rodríguez N³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Mojonera. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puebla de Vúcar. Almería

³ Médica de Familia. CS La Mojonera. Almería

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 27 años que acude a urgencias por dolor de garganta intenso de 24 horas de evolución.

Historia clínica

Paciente sin antecedentes de interés excepto extracción dentaria 5 días antes de la consulta, que refiere odinofagia intensa de 24 horas de evolución, con dificultad para tragar, trismus y molestias en región laterocervical.

Enfoque individual: se trata de un paciente asmático, sin otros antecedentes de interés. Cuenta odinofagia intensa de 24 horas de evolución y dolor en región laterocervical, asociando dificultad para la apertura bucal y febrícula.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: faringoamigdalitis, absceso periamigdalor, fascitis necrotizante.

Tratamiento, planes de actuación: se trata de una fascitis necrotizante tipo II o estreptocócica. El tratamiento se basa en medidas de soporte hemodinámico, desbridamiento quirúrgico

precoz y antibioterapia, en este caso con Penicilina G más clindamicina.

Evolución

A pesar de tratamiento precoz, tanto antibiótico como quirúrgico, la mortalidad de la fascitis necrotizante es elevada, con una tasa de mortalidad en torno al 21-30%. En nuestro caso, el paciente presentó una evolución inicial tórpida tras la exploración quirúrgica, requiriendo ingreso en UCI durante 5 días. Posteriormente y tras antibioterapia de amplio espectro, presentó mejoría importante y fue dado de alta.

Conclusiones

La fascitis necrotizante es una patología de incidencia creciente que asocia importante morbimortalidad, dado su curso rápido y la amplia destrucción tisular asociada en muchos pacientes a la aparición de shock séptico. Además, la similitud clínica en fases iniciales con otras patologías menos graves y la edad de aparición precoz en el tipo II hacen que se retrase la instauración de tratamiento antibiótico y quirúrgico. Es por ello que debemos conocer esta patología y los factores de riesgo relacionados con su aparición para así poder realizar un buen diagnóstico inicial.

Palabras Clave

Odinofagia, Fascitis.

ÁREA: URGENCIAS

Creo que tengo otitis, otra vez

Espejo Torres R¹, Romero Portero V², Rivera Rodríguez N³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Mojonera. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puebla de Vúcar. Almería

³ Médica de Familia. CS La Mojonera. Almería

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 27 años que presenta otalgia derecha.

Historia clínica

Paciente que acude a nuestra consulta por otalgia derecha desde hace 3 días tras estar en la playa.

Enfoque individual: 27 años, asmático. Refiere dolor en oído izquierdo de 3 días de evolución que se intensificó, asociando molestias en región mandibular. Pasados 5 días y tras tratamiento con ciprofloxacino ótico por sospecha de otitis externa, reconsulta por persistencia de síntomas y aparición de vesículas en región facial derecha, mitad derecha de la lengua y cavidad oral, sin afectación ocular, además de parestesias en hemicara derecha desde ese día. Presenta pares craneales conservados, sin parálisis facial, nistagmo ni otros hallazgos. No pérdida de audición. Otoscopia inicial: CAE derecho hiperémico, tímpano íntegro. Signo del trago positivo. Otoscopia tras 5 días: vesículas en pabellón auricular pero no en conducto auditivo. Eritema.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome de Ramsay-Hunt. Otitis; otitis media; parálisis facial.

Tratamiento, planes de actuación: inicialmente se pautó desde urgencias tratamiento antibiótico

tópico en oído derecho (ciprofloxacino), asociado a amoxicilina/clavulánico.

Evolución

Tras la persistencia de síntomas y sospecha de herpes zóster, se suspende antibioterapia oral y se pauta antiviral y corticoides. Se deriva a otorrino para valoración. Dado el buen estado general del paciente y lo evolucionado del cuadro, se acordó manejo ambulatorio.

Conclusiones

El síndrome de Ramsay Hunt o herpes zóster ótico es la reactivación del virus herpes zóster acantonado en el ganglio geniculado. El componente patológico más temible es la parálisis facial periférica completa típica, con peor pronóstico funcional que la parálisis idiopática de Bell y mayores secuelas. Las lesiones cutáneas comienzan como manchas eritematosas y vesículas en la concha auricular, antihélix y antitrago, pudiendo afectarse los dos tercios anteriores de la lengua y el velo del paladar. La parálisis facial se presenta en el 60-90% de los casos, es periférica y puede preceder o seguir a las lesiones cutáneas. Supone la segunda causa más frecuente de parálisis facial periférica traumática, con incidencia similar en adultos y niños mayores de seis años. Está indicado el Aciclovir asociado a prednisona, aunque la prescripción de corticoides sigue siendo un tema muy controvertido.

Palabras Clave

Herpes, Parálisis, Otitis.

ÁREA: URGENCIAS

"No doctor, el enalapril no lo estoy tomando..."

Mengual Garcerán Y¹, Pérez Gamero M², Pallarés Padrón S¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias, AP.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Varón de 65 años, consulta por cefalea tras sobreesfuerzo trabajando. Valorado en Urgencias Hospitalarias, juicio clínico de contractura muscular tras exploración, alta con analgesia. Atendido una semana después por O61 por pérdida brusca de consciencia en domicilio. La familia refiere persistencia de intensa cefalea durante la semana.

VA permeable. Ventilación espontánea. Sat. O₂ 99%. FR 14 rpm. TA 160/84. FC 71 lpm. BHyP. ACR normal. Coma. Glasgow 4. PINLA. Afebril. Glucemia 132. ECG normal. Antígeno COVID negativo.

Enfoque individual: NRAMC. Fumador de 1,5-2 paquetes/día desde los 13a. HTA. DLP. Enalapril 20 mg/24 h, amlodipino 5 mg/24 h y Simvastatina 20 mg/24 h como tratamiento (sin dispensaciones desde hace 6 meses).

Enfoque familiar y comunitario: celador hospitalario. Divorcio traumático tras matrimonio de 20 años, hace 6 meses. Un hijo independizado, relación conflictiva. Intenso tabaquismo a pesar de numerosos ultimátum por parte de su hijo. Varios intentos en consulta de captación para cese de tabaquismo y para control de TA infructuosos. Último control analítico en 2015 (varias peticiones pendientes de extracción en historial). Varias demandas de derivación a COT por gonalgia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad cerebrovascular aguda mal definida, en probable relación con FRCV mal controlados.

Tratamiento, planes de actuación: iOT, traslado a Hospital, prealerta a Neurología, activación Código Ictus.

Evolución

A su llegada al servicio de Urgencias se realiza Angiotac craneal, objetivándose HSA Fisher III, secundaria a rotura de aneurisma de ACA. Ingresado por Neurocirugía, con intervención urgente (clipaje). Pasa a UCI, donde permanece 4 días. Buena evolución, sin secuelas neurológicas. Posterior ingreso en planta, con estancia de 11 días, sin incidencias. Alta con inicio de Nimodipino y seguimiento por Neurocirugía. El paciente nos refiere que ha vivido el proceso como un punto de inflexión en su vida, y en este momento está mucho más implicado en el control de su tensión arterial, ha abandonado hábito tabáquico y acude a las revisiones y analíticas periódicas.

Conclusiones

Es crucial servir de enlace con el paciente, e informar cuantas veces sea necesaria de la importancia de los cuidados y la aceptación de los FRCV como aviso de enfermedad establecida. Igualmente, importantes para conseguir dicho objetivo son nuestra pericia como comunicadores y la respuesta del paciente.

Palabras Clave

Subarachnoid Hemorrhage, Heart Disease Risk Factors, Tobacco Use Disorder, Hypertension.

ÁREA: URGENCIAS

“Estoy cansada ya de tantas pastillas”

Pérez Razquin E¹, Barbosa Cortés M², adame Herrojo M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. Consultorio Alonso. CS Andevalo Occidental. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Especializada).

Motivos de consulta

Nerviosismo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM, hipotiroidismo subclínico, anemia ferropénica, trastorno ansioso-depresivo con gestos-intentos autolíticos y heretroagresividad, con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en seguimiento por Salud Mental, en tratamiento con bupropión 300: 1-0-0, oxcarbamacepina 300 1-0-1, trazodona 100: 0-0-2, y lorazepam 1 mg: 1-1-1-3.

Anamnesis: mujer de 36 años que acude a urgencias hospitalarias por ideación de muerte no elaborada, con estado de nerviosismo y refiriendo abandono de medicación con insomnio de 3 días de evolución. Tras administración de diazepam 5 mg im, episodio crisis tónico-clónica con relajación de esfínteres, de minutos de duración.

Enfoque individual. Exploración: nerviosismo, tics faciales; COC, bhyp, eupneica, nc, no traje, EF sistema normal por aparatos.

Pruebas complementarias: hG, BQ, EC Y GSV sin hallazgos significativos.

Enfoque familiar y comunitario: mujer joven, casada, con mala relación de pareja, y con un hijo.

Juicio clínico: crisis tónico-crónica en contexto de privación de medicación e insomnio.

Diagnóstico diferencial: AVC, LOE, Trastornos hidroelectrolíticos, Conversión.

Tratamiento, planes de actuación: 500 mgs de levetiracetam, 2,5 mgs de diazepam, metoclopramida, ketorolaco, ante agitación haloperidol 1/2 ampolla.

Evolución

Buena, con estabilización del cuadro. Valorada por PSQ objetivándose eutímica, discurso coherente, no ideación autocrítica, no síntomas psicóticos, ansiedad flotante dentro del cuadro de abstinencia. Al alta, tras conversación por su MF, se deriva urgente a equipo Salud Mental para reajuste de medicación pautándosele lorazepam 1 mg: 8/24 h, trazodona 100: 2/24, oxcarbamacepina 600: 1/12, fluoxetine 20 1/24.

Conclusiones

Aproximadamente 1 de cada 1000 personas con bupropión tienen riesgo de crisis convulsiva, y es mayor si hay sobredosis, AP de epilepsia o toma concomitante de otros fármacos. Ante su progresivo, y cada mayor uso, en pautas de cese tabáquico, se deberán tener presente estos detalles para correcto manejo del paciente previas advertencias de los riesgos vinculados a su toma.

Palabras Clave

Seizure, Personality Disorder, Drug.

ÁREA: URGENCIAS

Arteriopatía periférica

Martín Aguilera A¹, Salyuk Kulinich K¹, Quintana Prego R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor lumbar irradiado a MII. Dolor en pantorrilla izquierda con parestesias asociadas.

Historia clínica

La paciente acude a su MAP por dolor lumbar y glúteo irradiado a MII de varias semanas de evolución, sin traumatismo previo. Presenta pulsos distales conservados, sin signos de TVP (no inflamación, no rubor, no aumento de temperatura, signo de Homans negativo, no cordón venoso palpable). Se diagnostica lumbalgia y se pautan analgesia, relajantes musculares y reposo relativo. A la semana, acude a urgencias tras no mejoría de la lumbalgia. Al mes, acude de nuevo a urgencias refiriendo dolor y parestesias en pantorrilla izquierda, que impiden el descanso nocturno. El MID está asintomático.

Enfoque individual. Antecedentes personales: mujer de 58 años dislipémica, hipertensa y fumadora activa. NAMC.

Exploración: BEG, CyO, NH, NP, eupneica. MID: pulso pedio ++ sin trombosis profunda. MII: pulso femoral ++, sin poplíteo ni distales. Relleno enlentecido y leve eritrosis del dorso del pie.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 60 lpm, PR normal, QRS estrecho sin alteraciones de la repolarización. Analítica: dímero D 1454, fibrinógeno 560. IT/B: mID: TP 1.08; pedio 1.02. MII: TP 0.40; pedio 0.41. AngioTAC de MMII:

placa en AIE izquierda con trombo blando en AFS desde Hunter, poplíteo con salida por tres ejes.

Enfoque familiar y comunitario: trabaja en una residencia. Se hace entrevista motivacional para que deje el tabaco. Se explica a la paciente que el reposo en la lumbalgia debe prolongarse durante el menor tiempo necesario, reincorporándose a su actividad laboral lo antes posible.

Juicio clínico: isquemia crónica grado III del MII.

Diagnóstico diferencial: con TVP (los signos no son típicos).

Tratamiento, planes de actuación: cirugía de revascularización: stent AIE izquierda + trombectomía transfemoral + ATP simple de TA y TP MII.

Evolución

Favorable, con mejoría clínica y analítica. MID: pedio ++ sin TP. MII: obliteración poplíteo distal. Relleno capilar inmediato, pie caliente y rosado. Además, la paciente cesa el hábito tabáquico.

Conclusiones

En este caso, los factores de riesgo que presenta la paciente (tabaquismo, dislipemia e HTA), son los responsables de la trombosis arterial. Por ello, es fundamental hacer hincapié en el cese del hábito tabáquico, así como un buen control de su HTA y dislipemia con las medidas higiénico-dietéticas y fármacos adecuados para ello.

Palabras Clave

Ischemia, Thrombosis, Tobacco.

ÁREA: URGENCIAS

No todas las disneas son por COVID. Patología más allá del COVID.

Alves Martins A, Navarrete Martínez E

Médico de Familia. CS Marchena. AGS Osuna. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria. Atención hospitalaria.

Motivos de consulta

Disnea súbita.

Historia clínica

Avisan a DCCU por disnea súbita al despertarse de la siesta, con ortopnea. A la llegada a domicilio el paciente presenta insuficiencia respiratoria aguda con SatO₂: 81%, encontrándose taquipneico, taquicárdico y sudoroso. ACR: MV disminuido con crepitantes y sibilantes bibasales. Edemas bimaleolares con fóvea. TA: 110/70 mmHg. ECG: RS a 120 lpm, Q en III, AVF, V₁ y V₂ y extrasístoles ventriculares.

Enfoque individual: 61 años. Diabetes mellitus tipo 2. Hace 2 meses ingreso por COVID.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer y su hija. Independiente para las ABVD. Astenia desde COVID.

Juicio clínico: insuficiencia cardíaca. Insuficiencia respiratoria.

Diagnóstico diferencial: disnea. Insuficiencia Cardíaca. SCA. TEP.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza tratamiento de urgencias con aporte de oxígeno, corticoides intravenoso y diuréticos con mejoría parcial. Se remite en ambulancia con equipo Médico. Recepción del paciente por equipo de

urgencias hospitalarias, al que se traslada sospecha de origen cardíaco.

Evolución

Valorado en “circuito respiratorio” por la insuficiencia respiratoria y antecedente personal. A pesar de cambios en ECG y sospecha diagnóstica no se realiza determinación de troponinas y es dado de alta. Contactamos con el paciente que refiere persistir con disnea. Le citamos para revisión y se realiza nuevo EKG con RS 100 lpm, PR conservado, QRS estrecho, Q en III, AVF, V₁-V₂ y T negativas profundas en V₃-6, con cambios respecto a hace dos semanas. Dado cambios claros en ECG, se vuelve a derivar a hospital de referencia, ingresa por SCASEST, IC descompensada y disfunción VI moderada. Días posteriores le realizan cateterismo cardíaco con implantación de 2 stent.

Conclusiones

No todos los síndromes coronarios se presentan como dolor torácico típico. No todo es COVID. La necesidad de valorar el paciente de forma global y no enfocarlo en una patología. Problema en la pandemia. Mejorar la comunicación en la transferencia de pacientes. La necesidad de tener en cuenta la valoración inicial de la paciente expresada por el equipo de traslado. Déficit de personal en Atención Primaria. El Médico de urgencias hace el seguimiento del paciente, pues su Médico se encuentra de baja y no hay Médico que lo sustituya.

Palabras Clave

Síndrome Coronario Agudo.

ÁREA: URGENCIAS

Manejo del shock medular en ámbito extrahospitalario

Ponce Rodríguez L¹, Vera A², Rodríguez López I³

¹ Médico de Familia. CS La Puebla de Cazalla. AGS Osuna

² Médico de Familia. CS La Roda de Andalucía. AGS Osuna

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Estepa. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias Extrahospitalarias.

Motivos de consulta

Aviso del centro coordinador por paciente de 67 años que ha sufrido accidente de moto con salida de vía a 70 km/h y caída en desnivel de unos 3 metros de altura.

Historia clínica

A nuestra llegada aplicación de ABCDE.

A: vía aérea permeable, con leve herida sangrante en labio inferior. El paciente mantiene comunicación activa. En cabeza scalp superficial de 4 cm aproximadamente. Cuello sin desviación traqueal a la vista ni heridas. Se realiza estabilización cervical con collarín, dama de elche y tabla espinal.

B: Sat. O₂ sin aporte 60%, deformidad evidente de hemitórax derecho, crepitación ósea bilateral, no enfisemas. ACP: hipoventilación generalizada con roncus y crepitantes bilaterales. Se decide aporte con reservorio de O₂ al 100%.

C: no heridas sangrantes evidentes. Perfusión periférica >3 seg. Pulsos femorales palpables. Monitorización: TA 96/50, Ritmo sinusal a 51 lpm. Se canalizan 2 vías periféricas de gran calibre.

D: tendente al sueño. Orientado y colaborador. Glasgow 14/15, pupilas reactivas medias, no respuesta motora ni sensitiva en MMII + arreflexia de estos.

E: deformidad en brazo izquierdo. T^a 36.5.

Enfoque individual: manejo del trauma grave.

Enfoque familiar y comunitario: incidir en la importancia del manejo del paciente politraumatizado a nivel extrahospitalario, así como el manejo del ABCDE en Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ante cuadro de hipoperfusión, hipotensión y bradicardia se sospecha shock neurogénico.

Tratamiento, planes de actuación: continuamos con preponderancia de hemostasia. Fluidos en bolos de 250 ml de cristaloides. Control de dolor con opiáceos. Ante probable shock neurogénico es posible valorar el uso de corticoides IV para edema medular (controvertido).

Evolución

Analítica de sangre sin hallazgos significativos. Body-TC: volet costal bilateral con fractura de la 1ª a la 9ª costillas izquierdas y 1ª a la 10ª costillas derechas. Múltiples fracturas vertebrales a nivel cervical y dorsal, entre ellas fractura compleja de D7 con fragmento intracanal que ocupa el canal medular con probable lesión medular y estenosis del canal medular. Hemo-neumotórax bilateral. Seguimiento: paciente hospitalizado en UCI.

Conclusiones

La estabilización del paciente desde su inicio es un eslabón fundamental en la cadena diagnóstico-terapéutica del trauma grave.

Palabras Clave

Shock Medular, Trauma Grave.

ÁREA: URGENCIAS

El síndrome de confusión agudo

Saman A¹, Luengos Fernández C², Del Barrio Masegosa D³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

² Médico de Familia. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

³ Médico de Familia Adjunto. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Era un aviso domiciliario, la familia comenta un cuadro de desorientación en tres esferas de casi 2 horas de evolución.

Historia clínica

Paciente varón de 81 años con AP de HTA, presenta cuadro de inicio brusco de alteración del comportamiento y desorientación, estando previamente en su situación basal (Independiente de IABVD, no deterioro cognitivo).

Enfoque individual: TA: 140/101 mmHg, FC:108 lpm, SATO2 basal: 97%. Consciente, alerta, marcadamente inatento, lenguaje espontáneo escaso, aunque sin elementos disfásicos ni disártricos, no obedece órdenes sencillas y no responde a la mayor parte de las preguntas. AC: arritmica sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. NRL: PICNR, MOES sin restriction ni nistagmo, ni paresia facial, resto no explorable por inatención. Movimientos espontáneos en las cuatro extremidades, retirada simétrica al dolor, RCP flexor bilateral. MMII: no edema, no signos de TVP, ni de insuficiencias venosas. EKG: FA no conocida con RV rápida a 120 lpm sin alteraciones agudas de la repolarización.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente vive con sus dos hijos. La familia confirma que la situación basal mental previa era indemne, de

conversación normal en persona y por teléfono con buena relación familiar y social.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome confusional agudo. Probable ictus de etiología presumiblemente cardioembólica.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva el paciente a las urgencias de Hospital Universitaria de Guadalajara, donde se realizan las pruebas complementarias y estudios de imágenes. En TAC craneal se observan varias hipodensidades en distinto estadios de evolución, en forma de cuña, dos subagudos frontales izquierdos y derecho zona limítrofe ACM-ACA y otros dos crónicos en zona límite ACM-ACP derecha y en caudado izquierdo.

Evolución

A su llegada a urgencias, está muy agitado con FC >150 lpm. Se administra midazolam para realizar exploración y pruebas complementarias. Se realiza ITC a Neurología quien decide ingresar a cargo de servicio de Neurología para continuación de cuidados y estudios.

Conclusiones

La dificultad del caso radica en realizar una correcta anamnesis y exploración física. En nuestro caso la anamnesis por la familia y exploración básica (ACP: arritmia) era clave para llegar a un correcto diagnóstico y plantear llevar rápido a urgencias del hospital.

Palabras Clave

Desorientación, FA no Conocida, Ictus.

ÁREA: UROLOGÍA

Presentación atípica del Cáncer de vejiga: dolor abdominal recurrente

Reina Prego C¹, Hernández Labrot B², Reina Prego R³

¹ Médica de Familia. CS Mallén. Sevilla

² Médica de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

³ Enfermera. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Hombre 47 años que consulta por dolor abdominal en hipogastrio de 1 mes de evolución, con predominio matutino, continuo, aunque acentuado tras defecación. Deposiciones sin cambios, 2-3 ocasiones al día, semisólidas y sin productos patológicos salvo en alguna ocasión que achaca a crisis hemorroidal. No variación tras ingesta alimentaria. No náuseas ni vómitos. No clínica miccional. No síndrome constitucional.

Exploración física: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, sin masas ni megalias. No peritonismo. Tacto rectal normal. Hemograma y bioquímica normales incluyendo PCR, VSG, perfil abdominal, función tiroidea. Sedimento de orina y sangre oculta en heces normales.

Enfoque individual: fumador de tabaco de liar. Bebedor social. Sin antecedentes personales o familiares de interés. No toma medicación de manera crónica. Profesión: director de gran superficie comercial.

Enfoque familiar y comunitario: casado. Dos hijos en edad escolar. Red social con alto apoyo. Barrio nivel socio-cultural alto.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neoplasia vesical. Las lesiones intravesicales más frecuentes son los

tumores uroteliales. Otras lesiones intravesicales: litiasis, quistes uretrales, ureteroceles y lóbulo medio prostático. También era preciso descartar inicialmente patología digestiva.

Tratamiento, planes de actuación: se pauta analgesia y control evolutivo. Ante la persistencia de la sintomatología a los 14 días, se decide derivación a Digestivo, que dan de alta tras una primera visita en la que el paciente refería mejoría espontánea con juicio clínico: "Trastorno funcional digestivo".

Evolución

No obstante, a los dos meses el paciente vuelve refiriendo reaparición del dolor con intensidad moderada-alta. Se solicita ecografía abdominal que es informada como "Lesión nodular en la pared posterior de la vejiga de 11 mm compatible con lesión polipoidea a valorar por cistoscopia" por lo que se deriva a Urología que confirman el diagnóstico de neoplasia vesical e indican abordaje quirúrgico.

Conclusiones

Sabemos que el síntoma principal en las neoplasias vesicales es la hematuria, presente en el 80% de casos. No obstante, el motivo de consulta de nuestro paciente fue dolor abdominal, lo cual nos hizo sospechar inicialmente un posible origen digestivo. La persistencia de la clínica nos obliga a abrir el abanico en el diagnóstico diferencial y en este caso, fue primordial la labor de Radiología para establecer el diagnóstico.

Palabras Clave

Urinary Bladder Neoplasms, Abdominal Pain.

ÁREA: OTROS...

Doctor, estoy triste. A propósito de un casoBlanco Capitán M¹, Barrera Pérez L¹, Villén Santiago J²¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Antequera (Málaga)**Ámbito del caso**

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tristeza y pérdida de peso.

Historia clínica

Paciente mujer de 76 años de edad, poco frecuentadora. Consulta telefónicamente por tristeza con pérdida apetito, náuseas y anorexia de semanas de evolución que relaciona con muerte de su hermana hace 16 meses, se cita presencialmente.

Enfoque individual: con los siguientes antecedentes personales: NAMC, no hábitos tóxicos, hipertensión arterial con buen control tensional y uso de medicación de forma esporádica e insuficiencia renal crónica grado IIIb, monorrena derecha quirúrgica desde 1970 aproximadamente. Su tratamiento es omeprazol 20 mg/día y losartán 50 mg/día condicionado a valor de TA. Es viuda, vive sola e IABVD.

Exploración física: anorexia sin otros hallazgos significativos, auscultación cardíaca rítmica sin soplos ni extratonos, auscultación pulmonar con MVC sin ruidos sobreañadidos, no edemas en miembros inferiores. Se decide iniciar tratamiento antidepresivo (Sertralina a dosis de 25 mg/día) y se solicita analítica sanguínea y urinaria.

Enfoque familiar y comunitario: vive sola con supervisión de su único hijo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: en un primer momento, nos planteamos los siguientes

diagnósticos: síndrome depresivo, duelo patológico. Problemas para establecer el diagnóstico en primera instancia: ausencia de resultados de pruebas complementarias y desconocimiento de tiempo de evolución del cuadro, siendo su última consulta hace más de un año.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento: se inicia tratamiento antidepresivo y se cita presencialmente en 10 días para ver evolución.

Evolución

Posteriormente, en la analítica sanguínea realizada se objetiva creatinina sérica de 11 mg/dl. Ante dicho hallazgo se deriva a servicio de Urología como urgencia donde ingresa. Última analítica realizada en 2019.

Conclusiones

Tras objetivar causa del cuadro que presenta nuestra paciente, nos damos cuenta de lo erróneo que es establecer diagnósticos a falta de pruebas complementarias. Es importante hacer siempre una completa anamnesis, exploración física y realizar las pruebas complementarias oportunas. La enfermedad Renal Crónica es un problema de salud pública de elevada prevalencia que se asocia a elevada morbimortalidad cardiovascular. Es conveniente recordar la importancia de controles periódicos midiendo FG y CAC en pacientes con enfermedad renal crónica, debiéndose ser estos anuales si hay bajo riesgo de progresión o más frecuentemente cuando existan factores predictores. Y conocer las complicaciones de la ERC para detectarlas.

Palabras Clave

Kidney Diseases, Anorexia, Grief.

ÁREA: OTROS...

Síndrome Pfapa en adultos

Cruz Valero C, Mesa Rodríguez P, Carreño Meca P

Médico de Familia. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

El síndrome de PFAPA (Periodic Fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis) es una entidad poco frecuente caracterizada por la aparición de episodios febriles recurrentes acompañados de aftas orales, adenopatías cervicales y faringitis.

Los episodios suelen durar entre 3-7 días alternando periodos de latencia asintomáticos de 3-6 semanas. Este síndrome fue descrito por primera vez por Marshall en 1987 siendo su diagnóstico eminentemente clínico.

Motivos de consulta

El paciente a estudio consulta en sucesivas ocasiones por cuadro febril de aproximadamente 1 semana de duración, acompañado de adenopatías cervicales y aftas orales.

Historia clínica

Paciente de 25 años de edad que desde hace 3 comienza con episodios febriles en torno a 38,4°C intermitentes, asociando adenopatías cervicales palpables bilaterales y aftas orales. A destacar en análisis ligero aumento de PCR y VSG. En seguimiento por Medicina Interna descrito como "síndrome autoinflamatorio indeterminado", tras descartar enfermedades infecciosas, autoinmunes y tumorales.

Enfoque individual: buen diagnóstico diferencial con el menor número de pruebas invasivas posibles.

Enfoque familiar y comunitario: desde nuestra perspectiva como Médico de Familia, y tras descartar patología frecuente, se trata de un diagnóstico a considerar remarcando la importancia de una buena anamnesis y

exploración física para guiar y orientar un diagnóstico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: antes de concluir diagnóstico se realiza despistaje de las enfermedades infecciosas, autoinmunes y tumorales más frecuentes.

Tratamiento, planes de actuación: tras la sospecha, se pautaron corticoides orales a dosis de 30 mg/24 h durante 3 días obteniéndose una rápida respuesta con desaparición completa de la sintomatología en pocas horas. Aunque el tratamiento fue efectivo, la pauta mejor establecida es una dosis única de prednisona a 1-2 mg/kg. La rápida respuesta clínica a corticoides apoya el diagnóstico.

Evolución

Tras remitir la sintomatología durante el último episodio con corticoides, se decide pautar colchicina 0,5 mg/12 h de mantenimiento, aunque la evidencia disponible no recomienda su uso ya que estudios demuestran aumento de la recurrencia de episodios al suspender el tratamiento. En nuestro paciente se descartó amigdalectomía, con una eficacia del 65% demostrada en la infancia. El paciente se mantiene asintomático siendo el último brote hace un mes.

Conclusiones

Un síndrome a considerar en pacientes con fiebre y adenopatías.

Palabras Clave

PFAPA, Fiebre Periódica, Estomatitis Aftosa, Faringitis, Adenitis, Adultos.

ÁREA: OTROS...

Diarrea en paciente monorreno

Ramos Martín L¹, Aranda Rodríguez R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guillena. Sevilla

² Médico de Familia. CS Guillena. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diarrea y vómitos.

Historia clínica

Varón de 60 años, entre sus AP: no RAMC. Diabético, hipertenso, dislipemia. Pendiente de estudio por Nefrología por Insuficiencia Renal Crónica. Monorreno funcional izquierdo (estudio en privada). Tratamiento habitual: metformina, atorvastatina/ezetimiba, enalapril/hidroclorotiazida.

Enfoque individual: refiere diarrea desde hace 3 días, más de 10 deposiciones al día, líquidas sin productos patológicos, con dolor abdominal difuso, tipo cólico. Hoy inicia vómitos y asocia oliguria. Distermia no termometrada. No convivientes afectos. Acudió a consulta hace dos días presentando hiperglucemia de 398 mg/dl que se trató con sueroterapia e insulina rápida y controles posteriores.

Exploración física: destaca deshidratación de mucosas con signo del pliegue cutáneo positivo. Abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma difusa, sin signos de peritonismo. Puño percusión renal bilateral dudosa. Resto sin alteraciones. TA: 80/50 mmHg, glucemia: 155 mg/dl, T^a: 36.1°C, FC: 75 lpm, Sat: 92%.

Pruebas complementarias: se solicita tira de orina, imposible realizar por anuria.

Enfoque familiar y comunitario: trabaja en aguas residuales y depuradora.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: diarrea moderada. Deshidratación. Sospecha fallo renal agudo.

Tratamiento, planes de actuación: se administra sueroterapia y antiemético y se deriva al paciente a hospital de referencia.

Evolución

En analítica de urgencias destaca: creatinina 7,4 mg/dl, urea 107 mg/dl, PCR 174 mg/L. Orina: proteínas 100 mg/dl, hematíes positivos, leucocitos positivos. EFNA 0,6%. Gasometría venosa: pH 7,25, CO₂ 47. Bicarbonato 21. Lactato 1.9. Resto sin alteraciones. Ecografía abdominal: "Ausencia de riñón derecho. Riñón izquierdo con hipertrofia compensadora. No patología obstructiva". Se cursa ingreso por "deterioro renal agudo AKI 3 por hipoperfusión". Tras tratamiento enérgico con sueroterapia intravenosa y bicarbonato presenta buena evolución (creatinina al alta 1,8 mg/dl). Se cita en consultas externas para seguimiento y control por su MAP.

Conclusiones

La diarrea es motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. En caso de presentar signos clínicos de deshidratación o en pacientes mayores con enfermedades de base que puedan descompensarse está indicando completar la valoración con una analítica que descarte complicaciones. Para identificar estos pacientes es importante realizar una buena anamnesis y una completa exploración física. En la primera visita solo se atendió la hiperglucemia. Se trataba de un paciente monorreno funcional con pérdidas digestivas y signos de deshidratación con indicación de derivación urgente.

Palabras Clave

Diarrea, Monorreno, Deshidratación.

ÁREA: OTROS...

Lumbalgia aguda en paciente mayor

Ramos Martín L¹, Aranda Rodríguez R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guillena. Sevilla

² Médico de Familia. CS Guillena. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lumbalgia aguda.

Historia clínica

Mujer de 69 años. No reacciones adversas medicamentosas.

Antecedentes personales: diabetes Mellitus 2. Hipertensión arterial. Tratamiento: tramadol 300 mg/24 horas.

Enfoque individual: consulta por lumbalgia no irradiada, de carácter mecánico de dos semanas de evolución, sin traumatismo previo.

Exploración Física: dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbar izquierda.

Enfoque familiar y comunitario: independiente para las ABVD.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: lumbalgia aguda mecánica. Lumbalgia secundaria a otros procesos. Lumbalgia con signos de alarma.

Tratamiento, planes de actuación: tramadol 300 mg/24 horas y dexketoprofeno 25 mg/8 horas.

Evolución

En los siguientes tres meses consulta por el mismo motivo en 4 ocasiones, solicitándose RNM de columna lumbosacra. Resultado RNM: cambios degenerativos en columna lumbar. Dos meses después consulta por dolor lumbar irradiado hacia ambos glúteos. Lo hace en 4 ocasiones en los dos meses siguientes. Es derivada a Digestivo siendo diagnosticada de:

hernia de hiato. Gastritis crónica. Linfangiectasias intestinales. La paciente nos refiere que come cada vez menos, presentando dolor al comer, distensión abdominal y sensación de plenitud gástrica precoz. Solicitamos analítica: bilirrubina en 1.98. Directa 1.62. LDH 1464. GGT 2306. Fosfatasa alcalina 835. GOT 157. GPT 99. PCR 57.1. Exploración: hepatomegalia de 3 traveses de dedo. Edemas con fovea en piernas. Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración. Pruebas complementarias hospitalarias. Analítica: bilirrubina 3,80. Directa 3,45. Ecografía abdominal: hallazgos compatibles con metástasis hepáticas. TC tórax, abdomen y pelvis: nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis pulmonares. Hepatomegalia con múltiples lesiones compatibles con metástasis hepáticas. Imagen en recto compatible con cáncer de recto. Colonoscopia: neoplasia de recto a menos de 5 cm del margen anal
Anatomía patológica: adenocarcinoma. *juicio clínico:* adenocarcinoma rectal con metástasis hepáticas y pulmonares.

Conclusiones

En todo paciente con lumbalgia hay que tener presentes los signos de alarma que nos pueden hacer sospechar otras patologías importantes como causa de la lumbalgia: primer episodio en > 55 años o < 20 años. Pérdida de peso. Fiebre. Dolor nocturno grave. Síndrome de cola de caballo. Ausencia de pulsos. Hipertensión o hipotensión grave. Masa abdominal. En nuestro caso la paciente presentó primer episodio de lumbalgia con 69 años y no hubo una mejoría clara a pesar de usar dosis altas de medicación.

Palabras Clave

Lumbalgia, Adenocarcinoma.

ÁREA: OTROS...

A propósito de un caso de tumoración sublingual

González Rueda D¹, Alcázar Carrillo P², Castillo Berenguel M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

² Médico de Familia. CS La Cañada. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 51 años que acude a consulta por sensación de bulto debajo de la lengua, no doloroso, desde hace un mes, se acompaña de sabor ácido y halitosis. Niega ingesta de alimentos ácidos reciente. No refiere pérdida de peso en los últimos meses.

Historia clínica

En la exploración, observamos a nivel sublingual, a la derecha de la línea media, tumoración alargada de aproximadamente 2 cm, normocoloreada y de superficie lisa que sigue trayecto del conducto de Wharton. No adenopatías submandibulares ni cervicales. Realizamos teleconsulta a Maxilofacial adjuntado dos fotografías de la tumoración.

Enfoque individual: AP: fumadora 1 paquete/día, hipotiroidea en tratamiento con levotiroxina, portadora de brackets en ambas arcadas dentarias.

Enfoque familiar y comunitario: mujer procedente de Brasil, que vive sola en España desde hace varios años.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: a través de teleconsulta, el cirujano maxilofacial nos informa que cita a la paciente para verla. Pasadas unas semanas, consultamos la historia de la paciente; se le ha realizado exéresis de la lesión para

estudio anatomopatológico en el que se confirma carcinoma adenoquístico de glándula sublingual.

Tratamiento, planes de actuación: se le ofreció exéresis completa de lesión y se le oferta radioterapia en la zona, de forma preventiva ya que no existen adenopatías cervicales.

Evolución

La paciente se encuentra estable clínicamente en la actualidad tras radioterapia.

Conclusiones

Ante una tumoración sublingual, debemos pensar en las patologías más frecuentes: ránula y sialoadenitis. La ránula es la formación quística sublingual más frecuente, sobre todo en mujeres entre 40-50 años, que puede deberse a traumatismos, estomatitis o irritaciones. En la sialoadenitis por sialolito, existe un antecedente de ingesta de alimentos ácidos y la salida del conducto de Wharton está engrosada. Nuestra primera sospecha diagnóstica fue la ránula por coincidir con el perfil de nuestra paciente. En general, los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes (3-10%), y la posibilidad de malignidad es inversamente proporcional al tamaño de la glándula, siendo de un 70-90% en el caso de la glándula sublingual. En este caso, el rápido acceso a interconsulta con el especialista, facilitó y agilizó el diagnóstico de tumoración maligna, en el que rara vez pensamos por su baja frecuencia en consulta.

Palabras Clave

Glándula Sublingual, Halitosis, Wharton.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
CASOS CLÍNICOS
MÉDICO RESIDENTE**



ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA

Y tras el verano...

García Gallego A¹, Esojo García M², Cazalilla Expósito J¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas D. Rafael Flores Crespo. Córdoba

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesiones Hipopigmentadas.

Historia clínica

Mujer de 21 años que consulta por lesiones hipopigmentadas en abdomen inferior, espalda y muslos, que aparecen justo después del verano y que le lleva ocurriendo unos 2-3 años. Fototipo alto. No prurito ni descamación. Es vegetariana y suplementa la dieta con Vit B12.

Enfoque individual: no antecedentes personales de interés salvo dieta vegetariana. A la exploración, se aprecian máculas hipopigmentadas mal delimitadas en zona de hipogastrio, zona lumbar y muslos, no descamativas ni pruriginosas.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de interés. Estudiante de universidad.

Juicio clínico: hipopigmentación macular progresiva.

Diagnóstico diferencial: pitiriasis versicolor: se diferencia de esta por la localización de las lesiones ya que suele aparecer en cuello y parte superior del tronco y además se descaman con el rascado. Pitiriasis alba, frecuentemente afecta a

la cara y hay antecedentes de dermatitis atópica. Discromia post-inflamatoria: suele haber antecedentes de dermatosis previa como psoriasis o eccema.

Tratamiento, planes de actuación: en nuestro caso optamos por: clindamicina 1% gel por la noche y doxiciclina 100 mg/día vía oral una hora antes de acostarse durante 1-2 meses (según evolución). También se utiliza peróxido de benzoilo al 5% y clindamicina al 1% junto con exposición a UVA o luz solar.

Evolución

A los dos meses, las lesiones habían desaparecido por completo. Explicamos posibilidad de recurrencia.

Conclusiones

Se trata de una enfermedad común, aunque infradiagnosticada al ser considerada una pitiriasis versicolor o una hipopigmentación post-inflamatoria, por ello considero importante conocerla e incluirla en el diagnóstico diferencial de las lesiones hipopigmentadas en adolescentes para evitar procedimientos y tratamientos innecesarios.

Palabras Clave

Hypopigmentation, Teenagers, Pigmentation Disorders.

ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA

La piel como enigma

Gil Domínguez H¹, Puertas Espada M², Estepa Jiménez J²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Los Corrales. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 74 años acude a su Médico de Familia para valorar la aparición de unas lesiones cutáneas, que presenta en ambos MMII, desde hace unos 3-4 días.

Historia clínica

Tras realizarle la entrevista clínica a la paciente, comenta que no ha ingerido alimentos diferentes a los habituales, ni ha cambiado sus productos de higiene personal, pero sí refiere que ha empezado a tomar un medicamento nuevo, la pregabalina, para aliviar una neuralgia post-herpética.

Se le indica que suspenda dicho fármaco y se le pautan dos tipos diferentes de tratamientos tópicos (lexema y ketoconazol) y se cita en 2 ocasiones en la consulta de su Médico de Familia para valorar la respuesta de dichas lesiones a los tratamientos prescritos. Y dada la ausencia de desaparición de dichas lesiones, tras 30 días, se deriva a la paciente a Dermatología para valoración, donde se le solicita una biopsia de dichas lesiones.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no refiere alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. No factores de riesgo cardiovasculares actuales. Linfoma No Hodgkin en seguimiento actual por Hematología. No Intervenciones quirúrgicas previas. Tratamiento actual: tramadol 37.5 mg/paracetamol 325 mg; diazepam 5 mg; omeprazol 20 mg; pregabalina 75 mg.

Exploración física: se observa la presencia de varias lesiones papulosas y eritemato-

descamativas, con forma circular, de unos 2-3 mm de tamaño, que no son pruriginosas ni desaparecen a la digitopresión en ambos MMII. No se objetiva la afectación de mucosa oral ni genital.

Enfoque familiar y comunitario: no fue necesario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: exantema fijo medicamentoso. El diagnóstico diferencial se planteó con el eritema multiforme y con la psoriasis en gota.

Tratamiento, planes de actuación: tras obtener el resultado de la biopsia cutánea, se le solicitó una analítica sanguínea con serología, para completar el diagnóstico, y se le pautó una crema con ácido fusídico y una espuma con calcipotriol/betametasona.

Evolución

La paciente fue revisada de forma conjunta por parte de su Médico de Familia y de Dermatología, de forma periódica, durante unos 2 meses, hasta que las lesiones cutáneas desaparecieron por completo.

Conclusiones

Queremos resaltar la importancia de realizar una adecuada orientación diagnóstica inicial, así como el seguimiento clínico para valorar la respuesta terapéutica, de los pacientes en Atención Primaria.

Palabras Clave

Skin Diseases, Skin Biopsy, Exanthema.

ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA

Síntomas b

Gil Domínguez H¹, Puertas Espada M², Estepa Jiménez J²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Los Corrales. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente varón de 59 años que consulta a su Médico de Familia por la aparición de un bulto en región cervical izquierda, de unos 10 días de evolución.

Historia clínica

En la exploración física: se palpa una tumefacción de unos 2 cm de diámetro, en región cervical izquierda, que es móvil, blanda, no se encuentra adherida a planos profundos y no es dolorosa. No adenopatías axilares ni inguinales. Durante la entrevista clínica, el paciente niega otro tipo de sintomatología acompañante. Por lo tanto, se decide solicitar una ecografía del cuello, una analítica sanguínea con serología, se le pautan AINES y se cita de nuevo en 15 días, para recogida de resultados y revisión.

Cuando el paciente regresa a la consulta, podemos comprobar que la tumefacción no ha disminuido de tamaño, y que además comenta que ha comenzado a presentar fiebre, astenia, sudoración nocturna y ligera pérdida de peso. Dado este cambio en la evolución del paciente, decidimos derivarlo al Servicio de Urgencias Hospitalarias para completar estudio. Finalmente, indican ingreso hospitalario a cargo de Medicina Interna.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no refiere alergias medicamentosas conocidas. Fumador activo de unos 20 cigarros/día. Dislipemia. No intervenciones quirúrgicas previas. Tratamiento actual: simvastatina 20 mg.

Pruebas complementarias: en la ecografía se describe la presencia de múltiples adenopatías latero-cervicales izquierdas de características patológicas; y en la analítica, el hemograma, la coagulación y la bioquímica son normales, salvo la B2-microglobulina, que se encontraba algo elevada. La serología seguía pendiente.

Enfoque familiar y comunitario: no fue necesario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: cuadro poliadenopático pendiente de filiar. El diagnóstico diferencial se planteó con: diferentes tipos de infecciones (víricas, como la mononucleosis infecciosa; o bacterianas, como la TBC); linfoma no Hodgkin; metástasis de carcinomas del área nasofaríngea, entre otros.

Tratamiento, planes de actuación: una vez ingresado en planta, se completó el diagnóstico mediante la solicitud de otras pruebas complementarias: TAC de cuello, tórax y abdomen; PET-TAC; biopsia ganglionar.

Evolución

Tras los resultados obtenidos, se decide derivar a Hematología, por alta sospecha de un Linfoma T, para seguimiento y tratamiento.

Conclusiones

Queremos destacar la importancia, desde Atención Primaria, de saber identificar los signos y síntomas de alarma de diferentes patologías, así como conocer la correcta actitud a tomar.

Palabras Clave

Lymphadenopathy, Constitutional síndrome, Lymphoma.

ÁREA: MÉDICO DE FAMILIA

Las herramientas para desenmascarar un TEP

Marín Peralta Á.¹, Chacón Caso P²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Oliva. Sevilla

² Médico de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Hospitalario.

tendencia a trivializar sus síntomas en el contexto de su enfermedad mental.

Motivos de consulta

Disnea y nerviosismo de 24 h de evolución.

Enfoque familiar y comunitario: mujer de edad media, trabaja como funcionaria, buen soporte socio-familiar.

Historia clínica

Mujer de 51 años, fumadora (CA 35 paquetes año). ATCP: hipotiroidismo, artritis reumatoide, Sd. ansioso-depresivo de reciente diagnóstico en tratamiento con duloxetine. Acude por disnea, nerviosismo, sin dolor torácico de 24 horas de evolución. Además, náuseas sin vómitos y dolor cervico-dorsal derecho. A su llegada TA 110/63, 110 lpm. Sat. O₂ 98%, 18 RPM. A la auscultación hipoventilación en ambos ápex. Miembros inferiores con pulsos distales presentes, sin empastamiento gemelar ni cambios de coloración cutánea.

Juicio clínico: TEP.

Diagnóstico diferencial: crisis ansiedad, patología aórtica aguda.

Tratamiento, planes de actuación: lorazepam al ingreso sin mejoría. Tras empeoramiento súbito se solicita angioTAC para descartar patología aórtica o pulmonar aguda, que muestra TEP por lo que anticoagulación con HNF y se ingresa a la paciente en UCI.

Durante su estancia en urgencias comienza con taquipnea intensa, cianosis distal, sudoración profusa y dolor intenso a nivel interescapular con hipotensión arterial simétrica en ambos miembros. En analítica destaca Dímero-D 520 que se solicitó ante la baja sospecha de TEP (Wells 1,5 y Ginebra 5 riesgo intermedio), EDM normales. ECG ritmo sinusal a 110 lpm sin signos de isquemia ni alteraciones en la repolarización.

Evolución

Buena evolución durante el ingreso, marcadores tumores negativos, así como estudio de coagulopatías.

Conclusiones

Nos encontramos ante una paciente con clínica inespecífica, sin antecedentes que nos hicieran sospechar que se trataba de una grave, no obstante, la gravedad de la ETEV, potencialmente mortal, hace necesario sospecharla ante toda disnea de inicio más o súbito para iniciar un tratamiento lo más precoz posible.

Enfoque individual: se trata de una mujer, con antecedentes de T. ansioso-depresivo, es importante, recordar que es importante no estigmatizar a estos pacientes en las que se puede pasar por alto patologías graves urgentes por

Palabras Clave

TEP, Disnea, Ansiedad.

ÁREA: ADOLESCENTE

Lo frecuente de lo infrecuente

Villen Santiago J¹, Blanco Capitán M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Estación. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera Centro. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diplopía.

Historia clínica

Anamnesis: derivado desde consulta privada de Oftalmología, donde se remitió por clínica caracterizada por: diplopía especialmente marcada con la mirada hacia la derecha. Cefalea opresiva intermitente, no progresiva, de predominio vespertino y no diaria, que no le despierta por la noche y no se acompaña de vómitos, visión borrosa, foto o sonofobia, parestesia u otro tipo de auras.

Exploración física: restricción de la abducción del ojo derecho (cruza línea media ligeramente), con endotropía leve y fondos de ojo normales. Torticolis compensatorio leve a la derecha.

Pruebas complementarias: resonancia sin contraste de cráneo: lesión que ocupa la punta del peñasco derecho, hiperintensa en secuencias potenciadas en T1 y T2, de aspecto polilobulado y unas dimensiones aproximadas de 2 x 2.2 x 2.8 cm (AP x CC x axial), que condiciona efecto masa sobre el seno cavernoso, y la región bulbo protuberancial derecha, comprimiendo al VI par derecho en su trayecto cisternal, en la cisterna prepontina.

Enfoque individual: varón, 11 años. Sin antecedentes personales de interés.

Enfoque familiar y comunitario: padres sanos. Sin enfermedades familiares de interés.

Juicio clínico: granuloma de colesterol (lesión más frecuente en ápex óseo. Los patrones de

captación y de respeto de la cortical ósea son compatibles).

Diagnóstico diferencial: variantes de la normalidad (neumatización asimétrica, irregularidades de médula ósea, pseudofracturas), lesiones inflamatorias (apicitis petrosa, osteomielitis, pseudotumor inflamatorio o granulomatosis de Wegener), tumores benignos (meningioma, schwannoma, paraganglioma, condroma, condroblastoma, mixoma, osteoblastoma, tumor de células gigantes), tumores malignos (condrosarcoma, cordoma, tumor del saco endolinfático, metástasis, plasmocitoma, linfoma, carcinoma nasofaríngeo, rhabdomyosarcoma, histiocitosis de células de Langerhans), lesiones vasculares (aneurisma carotídeo petroso, fistula AV dural), displasias óseas (Paget, displasia fibrosa), cefalocele, mucocele y colesteatoma.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a Neurocirugía para valoración de tratamiento quirúrgico.

Evolución

Pendiente de cirugía.

Conclusiones

El granuloma de colesterol pese a tener una incidencia menor a 1:1.000.000, es la lesión más frecuente del ápex petroso. Independientemente del diagnóstico, lo que nos enseña este caso es la importancia de desarrollar en la práctica clínica del médico de familia la capacidad para encontrar la aguja en el pajar; saber localizar lo más frecuente dentro de lo infrecuente.

Palabras Clave

Colesterol, Granuloma, Diplopía.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Vértebra en limbo

Linares Canalejo A¹, Sousa Montero M², Santos Estudillo M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Huelva

³ Médico de Familia. CS Palos de la Frontera. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lumbociatalgia.

Historia clínica

Paciente de 40 años, varón, que acude en varias ocasiones a nuestra consulta por clínica de lumbociatalgia (dolor lumbar con irradiación a miembro inferior izquierdo) desde hace 6 meses que no mejora con antiinflamatorios orales y tópicos. Niega traumatismos previos.

Exploración: dolor en zona de musculatura paravertebral lumbar. No apofisalgia. Exploración de caderas normales. Lasègue y Bragard bilateral negativos. Limitación dolorosa a la flexión. No pérdida de la sensibilidad en ambos miembros inferiores.

Pruebas complementarias: se realiza radiografía lumbar observando imagen sospechosa de osteofito vs fractura antigua sobre L4, así como disminución articular L4-L5. Pedimos informe de valoración por el servicio de radiología: "Imagen ósea de margen esclerótico de 17 mm anterosuperior del cuerpo L4 compatible con Vértebra en limbo. Pérdida de altura de espacios vertebrales de L3-L4 y L4-L5 con probable herniación intraesponjosa de Schmörl".

Enfoque individual: origen marroquí en seguimiento por Salud Mental por esquizofrenia. En tratamiento con olanzapina 7,5 mg/24 h, sertralina 100 mg/24 h y diclofenaco 75 mg/12 h.

Enfoque familiar y comunitario: barrera idiomática.

Juicio clínico: vértebra en limbo.

Diagnóstico diferencial: hernia discal, espondiloartrosis, fractura vertebral, metástasis vertebral.

Tratamiento, planes de actuación: reajuste de tratamiento analgésicos y derivación a rehabilitación para valoración de lumbalgia ineficaz con tratamiento analgésicos.

Evolución

Mejoría parcial con nueva medicación y actualmente es espera de cita.

Conclusiones

La vértebra en limbo o limbus, se define como una herniación marginal del núcleo pulposo de la vértebra, que resulta de la separación de un fragmento óseo de forma triangular (generalmente en la parte anterosuperior). Es frecuente ser un hallazgo casual en una radiografía simple de columna, ante una clínica de lumbalgia en niños y adultos jóvenes. Suelen mejorar con antiinflamatorios orales, relajantes musculares y rehabilitación física. A veces es necesario un tratamiento quirúrgico para extraer el fragmento móvil, pero los resultados no han sido satisfactorios y algunos pacientes continúan con el dolor postcirugía.

Palabras Clave

Low Back Pain, Hernia, Rehabilitation.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Doctora, ¿qué me pasa?

Ruiz Molina I¹, Vaquero Onrubia P², aguayo Sánchez C³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra S^a de la Oliva, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² MIR 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arahal. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Consultas de Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: se descartó afectación de convivientes.

Motivos de consulta

Heridas en palmas y plantas dolorosas.

Juicio clínico: artritis reumatoide con dermatosis palmo-plantar. Debut enfermedad sistémica crónica.

Historia clínica

Paciente mujer de 43 años que acude en varias ocasiones a su médico de familia por heridas dolorosas en palmas y plantas de meses de evolución que no han mejorado tras diferentes tratamientos tópicos y orales (antifúngicos y antibióticos). Refiere inicio reciente de cansancio y artralgias inflamatorias.

Diagnóstico diferencial: de las infecciones de la piel.

Tratamiento, planes de actuación: se inicia tratamiento con metotrexato, prednisona oral y tópica. Abordaje multidisciplinar de Atención Primaria, reumatología y dermatología.

Enfoque individual: sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Como factores de riesgo cardiovasculares presenta DM2 y HTA bien controlados. Situación basal: IABVD, trabaja como empleada del hogar.

Evolución

Tras inicio de medicación la paciente mejoró clínicamente, tanto de las lesiones dérmicas como de las artralgias inflamatorias.

A la exploración destaca lesiones eczematosas en palmas y plantas con solución de continuidad tipo "grietas" y artritis de tres articulaciones interfalángicas proximales de los dedos de las manos. Emocionalmente afectada ya que su clínica le impide realizar su vida normal y su actividad laboral de forma satisfactoria. Resto de la exploración normal.

Conclusiones

La Artritis reumatoide es una enfermedad sistémica autoinmune crónica de presentación clínica heterogénea. Las enfermedades sistémicas crónicas implican muchos cambios e incertidumbres en la vida de los pacientes, haciéndoles sentir vulnerables. Nuestro papel en este contexto es fundamental, sospechando la patología reumática, explicándole la evolución y síntomas de alarma, responder sus dudas y acompañándolos durante toda su enfermedad.

Pruebas complementarias: PCR 11, VSG 29, FR 382. Se remitió a reumatología para estudio confirmándose el diagnóstico de Artritis reumatoide, que a su vez realizó interconsulta con dermatología.

Palabras Clave

Rheumatoid Arthritis, Systemic Disease, Eczema.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Lumbalgia y lesiones líticas en radiografía lumbosacra

Marin Corencia C¹, Benítez Martos Á¹, Cózar García I²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

² Médico de Familia. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar de 2 meses de evolución que no cede con analgesia habitual.

Historia clínica

Paciente de 69 años que acude a consulta de Atención Primaria en varias ocasiones refiriendo dorso lumbalgia progresiva de dos meses de evolución. Antecedentes médicos de DM2 y HTA en tratamiento actual con metformina y losartán. No hábitos tóxicos. En estos dos meses no presentó fiebre, pérdida ponderal ni clínica urinaria. Se pauta tratamiento con pregabalina, metamizol y diazepam 5 mg. Ante la falta de respuesta se intensifica con tramadol sin conseguir control óptimo del dolor.

Enfoque individual. Exploración física: Lasègue y Bragard negativas. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. No pérdidas sensitivas ni motoras de MMII. Puño-percusión renal negativa. Se solicita RX de columna lumbosacra, apreciándose lesiones líticas en rama isquiopubiana izquierda.

Se solicita analítica con proteinograma y se deriva a Medicina Interna de forma preferente para completar estudio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: metástasis ósea VS. Plasmocitoma.

Tratamiento, planes de actuación: previo a la cita en Medicina Interna se produce un empeoramiento del estado general del paciente, por lo que acude a Urgencias Hospitalarias acusando fiebre y disnea. En Urgencias se realiza TC de tórax, donde aparecen signos de neumonía necrotizante y lesión tumoral en LSD. Ingresa en planta y se completa estudio, diagnosticando al paciente de plasmocitoma.

Evolución

Actualmente en seguimiento por hematología.

Conclusiones

1. Aunque la mayoría de lumbalgias son mecánicas, es importante tener en cuenta la patología oncológica.
2. Es fundamental buscar lesiones líticas, sobre todo en varones ancianos.
3. Ante este hallazgo, primero pensar en metástasis óseas y después en mieloma/plasmocitoma al ser las entidades más frecuentes.

Palabras Clave

Plasmocitoma, Dolor Lumbar, Lesiones Líticas Óseas.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Dermatomiositis en atención primaria

Cobos Boza A¹, Ortega Blanco J², Palomo Rodríguez R³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Molino de la Vega. Huelva

² Médico de Familia. Tutor de MIR MFyC. CS Molino de la Vega. Huelva

³ Médico de Familia. CS Molino de la Vega. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ecceemas en manos y poliartralgias.

Historia clínica

Mujer de 59 años con los AP de HTA, hepatopatía, talasemia menor, hipotiroidismo subclínico, insuficiencia venosa, Síndrome ansioso-depresivo. Actualmente en estudio por polimialgia reumática vs artritis psoriásica. Acude a consulta por sequedad de boca y poliartralgias en hombros, caderas y rodillas, con impotencia en la abducción de hombros.

En analítica: LDH 681, GOT 106.9, GPT 153.7, Ck 1844. ANA positivo 1/320 patrón nucleolar, ENA 12, ANCA negativos. Anti péptido cíclico citrulinado normal y factor reumatoide 25.9, anti ADN doble cadena negativo y anti PM-SCL positivo.

Ingresa a cargo de Medicina Interna por astenia y síndrome constitucional con pérdida de 6-7 kg en el último mes, lesiones cutáneas en dorso de las manos compatibles con pápulas de Götron y lesiones psoriasiformes en palmas, plantas y dedos. Presenta debilidad proximal en las cuatro extremidades. Se realiza estudio neurofisiológico con signos compatibles con proceso miopático inflamatorio de distribución difusa, simétrica y predominio proximal.

Enfoque individual: paciente de 59 años diagnosticada de HTA, hepatopatía, talasemia menor, hipotiroidismo subclínico, insuficiencia venosa, Síndrome ansioso-depresivo y Polimialgia reumática vs Artritis psoriásica en estudio.

Enfoque familiar y comunitario: mujer independiente para las ABVD, nivel sociocultural medio-alto. Realiza seguimiento de sus patologías en CS.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: dermatomiositis con afectación cutánea y muscular, tetraparesia y afectación de la musculatura pseudobulbar causante de disfagia.

Tratamiento, planes de actuación: metilprednisolona 80 mg, inmunoglobulinas 60 g y azatioprina 50 mg. Mantenimiento: metilprednisolona 16 mg y azatioprina 20 mg.

Evolución

Revisión en consulta con clara mejoría, camina sin dificultad y se levanta sin esfuerzo. Aumento del apetito y mejoría de las lesiones cutáneas.

Conclusiones

La dermatomiositis es el doble de frecuente en mujeres que en hombres con una incidencia máxima entre los 40-50 años, aunque hay casos descritos en pacientes jóvenes. Aunque la fisiopatología es desconocida, existe una asociación con factores genéticos, inmunológicos, medioambientales e infecciones. Así como con el consumo de drogas, fármacos antineoplásicos, antibióticos y vacunas. Así, a pesar de su baja incidencia debemos tener presente sus características fundamentales para poder sospechar esta enfermedad en nuestras consultas.

Palabras Clave

Dermatomiositis, Poliartralgias, Disfagia, Astenia.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Lumbalgia alarmante

Reyes Parrilla J¹, Delgado Osuna Á², Ramos Rodriguez A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano B. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Alto Guadalquivir. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Cachorro. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor Lumbar.

Historia clínica

Varón de 72 años sin antecedentes personales interés que consulta por dolor lumbar sin desencadenante aparente. A pesar de las recomendaciones higiénico-dietéticas y optimización del tratamiento analgésico presenta empeoramiento del dolor lumbar, con irradiación a región inguinal y cara anterior de muslo de forma bilateral; incapacitándolo para la bipedestación. Se intensifica con el movimiento y cede parcialmente en reposo. Además, presenta estreñimiento y pérdida de 8 kg en el último mes.

A la exploración presenta apofisalgia de L1-L4, Lasègue y Bragard negativos. Fuerza y sensibilidad conservadas; reflejos osteotendinosos aquileo y rotuliano abolidos. Analítica con reactantes de fase aguda dentro de la normalidad. RX de columna lumbosacra se observa fractura acunamiento de L2. Derivación a Urgencias hospitalarias. En TC de columna lumbar presenta destrucción ósea de morfología irregular de los platillos adyacentes al disco vertebral L2-L3, el cual presenta masa de partes blandas de límites mal definidos. Hallazgos sugerentes de espondilodiscitis L2-L3. En RNM Se visualiza cambios de señal muy intensos en cuerpos vertebrales L2-L3, con intenso edema óseo reactivo y destrucción ósea similar a TC, con imagen de absceso discal de 4x2 cm. Existen afectación de partes blandas perivertebrales. En biopsia vertebral se aísla *S. anginosus*.

Enfoque individual: si.

Enfoque familiar y comunitario: no.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: espondilodiscitis L2-L3 por *S. anginosus*.

Tratamiento, planes de actuación: antibioterapia IV (ampicilina) de forma intrahospitalaria. Alta con Antibioterapia vía oral (amoxicilina). Ante la ausencia de mejoría recibe antibioterapia IV (ceftriaxona) de forma domiciliaria mediante programa DOMUS (Acceso venoso/línea media).

Evolución

Tras 14 semanas de tratamiento antibiótico presenta mejoría clínica importante con normalización de valores analíticos.

Conclusiones

Ante un caso de lumbalgia en un paciente anciano es preciso realizar un amplio diagnóstico diferencial (osteomuscular, infeccioso, neoplásico...). Debemos prestar especial atención a la aparición de signos de alarma como una evolución tórpida, refractariedad al tratamiento analgésico o aparición de signos o síntomas de afectación sistémica (síndrome constitucional, fiebre...).

Por ello es fundamental realizar una rigurosa anamnesis y una exploración física detallada. Podemos completar estudio mediante las pruebas complementarias que tengamos disponibles como radiografías o analítica con reactantes de fase aguda (PCR, VSG), proteinograma y PSA para intentar filiar la posible causa de dicho dolor lumbar.

Palabras Clave

Lumbalgia, Espondilodiscitis.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Behçet

Sánchez Bonilla E, Fernández Mercado F

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Úlceras en labio, mucosa oral y genital.

Historia clínica

Mujer de 24 años sin antecedentes de interés que desde 2016 presenta brotes cada vez más frecuentes de úlceras orales y genitales. De nuevo consulta por úlceras. En la exploración dos úlceras genitales y numerosas aftas orales. Dolor articular y pápulas en palmas, plantas y codos.

En pruebas complementarias, ana -, treponema -, IgG + e IgM + en Epstein-Bar. Derivación a reumatología.

Enfoque individual: le angustia no saber qué padece, que los tratamientos no le alivian los síntomas tanto como quisiera, y está preocupada por si pudiera ser contagiosa.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres y hermano, los cuales les apoyan con su patología.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: behçet. Herpes, mano-boca-pie, Sífilis y úlcera de Lipschütz. Complejidad del tratamiento inicial, necesidad de participación de múltiples especialistas para el diagnóstico definitivo y conciliación en ello.

Tratamiento, planes de actuación: en úlceras genitales, crema tópica vulvar con lidocaína y blastoestimulina en polvo 1-3/día. Prednisona 10 mg/día. Explicar signos de alarma.

Evolución

Los brotes duran menos de lo habitual sin llegar a ser muy agresivos, siendo la sintomatología más llevadera.

Conclusiones

Atención Primaria es el primer escalón que atiende al paciente, el encargado de detectar patología y en tomar medidas terapéuticas, máxime cuando la patología es incapacitante. No solo debemos realizar una correcta orientación diagnóstica si no que establecemos unas pautas por las que el paciente debe consultar, realizando un seguimiento para que cuando presente una recidiva sepa qué hacer y acuda a consulta. Un buen seguimiento asegura su asistencia en los brotes, controlando de esta manera posibles complicaciones. Debemos valorar cuándo realizar una derivación y si ésta debe hacerse de manera preferente. Nuestra intervención es esencial para un diagnóstico temprano en patologías con afectación sistémica como en este caso, ya que, debe hacerse un estudio completo, y aunque son los especialistas hospitalarios los encargados de la realización de pruebas más específicas, somos nosotros los primeros en actuar y ayudar.

Palabras Clave

Behçet Disease, Behcet's Síndrome, Enfermedad de Behçet.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

"Abordaje integral en AP en paciente joven con dolor crónico osteoarticular"

Miguel Urbano D¹, López Salmerón E²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Fuentezuelas. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

fibromialgia, artrosis/artritis/osteoporosis, metástasis óseas.

Motivos de consulta

Dolor crónico en columna vertebral dorso-lumbar, refractario a tratamiento analgésico.

Juicio clínico: tuberculosis ósea.

Historia clínica

NAMC. Sin AP relevantes.

Identificación de problemas: riesgo de ansiedad-depresión, aislamiento social, dificultad para realizar actividades de ocio y personales, dependencia a tratamiento con opiáceos, necesidad de ser cuidada por su núcleo familiar, múltiples visitas a su MAP con difícil relación médico-paciente, solicitud de muchas derivaciones hospitalarias, solicitud de informes de baja laboral.

Antecedentes familiares: padre: TBC Pulmonar. Madre: fibromialgia. Soltera, sin hijos. IABVD. Empleo: administrativa de empresa. Tratamiento actual: naproxeno, tramadol/paracetamol, metamizol, morfina, diazepam, omeprazol.

Tratamiento: farmacológico. No farmacológico (medidas higiénico-posturales, fisioterapia).

Paciente femenina de 36 años, diagnosticada de Artritis Seronegativa por Reumatólogo privado, que acude repetidas veces a la consulta de Atención Primaria, por dolor dorso-lumbar de años de evolución con limitación de la movilidad, que no cede con analgésicos pautados. En ocasiones, envía a su hermana a consulta, solicitando renovación de receta.

Planes de actuación: derivación a salud mental: por trastorno ansioso-depresivo y trastorno de adaptación; a traumatología: por dorsalgia, lumbalgia y neuralgia intercostal refractarias a tratamiento pautado, a la unidad del dolor: para plan terapéutico apropiado. Adicción a opiáceos, a fisioterapia.

Exploración física: dolor a la compresión y palpación de apófisis espinosas dorso-lumbares y musculatura paravertebral. Flexo-extensión de la cintura conservada, pero limitada por intenso dolor. Lasègue negativo. No alteración de la marcha, de la fuerza ni de la sensibilidad en MMII. ROT conservados y simétricos.

Evolución

Múltiples partes de baja/incapacidad laboral. Acude varias veces a urgencias por dolor. Repetidas consultas telefónicas con su MAP. Continua con fisioterapia.

Pruebas Complementarias: analítica Con H/C/B, VSG, PCR, FR, ANA, HLA B27. Prueba de Mantoux. Radiografía columna dorso-lumbar. RNM de columna dorso-lumbar.

Conclusiones

Caso clínico interesante por: tratar de una patología poco frecuente que, aunque la clínica sea habitual en la práctica cotidiana, debemos de sospecharlo y buscarlo para llegar al diagnóstico de certeza. Darle la posibilidad de aprender el abordaje integral en la esfera física y biopsicosocial de un paciente de AP. Reflejar la confianza, confidencialidad y empatía, entre el médico de AP y su paciente.

Enfoque familiar y comunitario: buena relación familiar. Vive sola.

Diagnósticos diferenciales: lumbociática, síndrome piramidal, hernia o protrusión discal,

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Dolor muscular persistente

Oña Ferrete M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Saucejo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 47 años que consulta por cuadro de cefalea occipital asociado a cervicalgia y omalgia bilateral de 2 semanas de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMC. No FRCV. No hábitos tóxicos. Válvula aórtica bicúspide normofuncionante. Dolor torácico atípico con ergometría negativa. No toma tratamiento habitual. Enfermedad actual: cuadro de cefalea opresiva occipital sin signos de alarma acompañantes, asociado a dolor muscular de características mecánicas a nivel cervical y en hombros. Niega fiebre ni otra clínica asociada.

Exploración física: BEG, COC. TA: 123/75 mmHg. FC: 75 lpm. T^a: 36.2°C. No focalidad neurológica. No apofisalgia, aumento del dolor a la palpación de trapecios. Rango articular de hombros libre. Radiografía AP y Lateral de C. Cervical: sin hallazgos patológicos.

Enfoque individual: agricultor de profesión. En los últimos meses ha estado manejando un tractor y sosteniendo unos 2-3 Kg de peso. Se realiza seguimiento activo en consulta, constatándose la persistencia del cuadro clínico inicial a pesar de la combinación de calor seco con analgésicos, AINES y relajante muscular, así como sobreañadiéndose dificultad para la elevación de miembros superiores por debilidad

en los últimos días. Se amplía estudio analítico con Hg normal, VSG 1 mm/h, coagulación normal, función renal e iones normales, Bb 0.8 mg/dl, GOT 373 U/L, GGT 175 U/L, CK 14350 U/L, PCR 1.6 mg/L, GSV normal.

Juicio clínico: rabdomiólisis.

Diagnóstico diferencial: polimialgia reumática, cervicoartrosis, cefalea tensional, etc.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a hospital de referencia, decidiéndose ingreso para vigilancia e instauración de tratamiento consistente en fluidoterapia intensiva y reposo.

Evolución

Evolución favorable con función renal conservada en todo momento, normalidad en las pruebas complementarias realizadas, así como normalización del perfil hepático y niveles de CK al alta.

Conclusiones

El seguimiento activo del paciente en consulta, así como las pruebas complementarias realizadas desde Atención Primaria nos ha permitido realizar un diagnóstico en estadios iniciales, previniendo así posibles complicaciones asociadas. La persistencia clínica a pesar de tratamiento óptimo, así como la aparición de signos de alarma deben de mantenernos alerta y fomentarnos a llevar a cabo un *Diagnóstico diferencial* con el objetivo de llegar hasta el diagnóstico definitivo.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

No todo es tendinitis

Feijoo Fernández S¹, Jiménez Rivas A¹, Jiménez Gómez-Casero M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Omalgia bilateral.

Historia clínica

Varón de 71 años que acude en varias ocasiones a Urgencias hospitalarias por omalgia bilateral de un mes y medio de evolución, radiografía normal y juicio clínico al alta “tendinitis hombro bilateral”. Acude a nuestra consulta por no mejoría tras AINES y opioides débiles. Refiere dolor de forma bilateral con empeoramiento nocturno y matutino, que lo despierta por las noches y no se modifica con las posturas ni los movimientos. A la exploración dolor a nivel escapular bilateral con movilidad activa y pasiva conservada. Episodio previo de dolor en cintura pélvica de mismas características. Nunca ha consultado anteriormente por esta sintomatología.

Enfoque individual: paciente de 71 años que no ha consultado previamente en nuestra consulta por esta sintomatología. Este es el primer signo de alarma que debe centrarnos en diversos diagnósticos diferenciales, tanto por la edad de inicio de la sintomatología como por la duración de esta y su empeoramiento.

Enfoque familiar y comunitario: el dolor en sí mismo es el motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria. Nos centramos en muchas ocasiones en intentar quitarlo o paliarlo, sobre todo en determinadas edades. Sin embargo, tenemos que preguntarnos de donde viene el

dolor que el paciente me está contando. En este caso es importante los antecedentes del paciente y más aún la anamnesis y las características del dolor que nos está contando, así como la exploración que hace menos probable un origen mecánico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: polimialgia reumática.

Tratamiento, planes de actuación: dosis inicial de corticoides a altas dosis con mejoría significativa del cuadro y posterior derivación a Reumatología para continuar estudio.

Evolución

Complementando la anamnesis y exploración se solicita analítica con hemograma, VSG, PCR y Factor Reumatoide para encaminar el diagnóstico diferencial; obteniendo anemia de perfil normocítico normocrómico y VSG y PCR elevadas con FR negativo.

Conclusiones

El gran porcentaje de dolores que vemos en consulta son de perfil mecánico y artrósico. Sin embargo, debemos tener en cuenta que detrás de un porcentaje menor hay patologías de otra índole y gravedad. Ni todos los dolores son artrosis ni tampoco tendinitis. Ante un dolor bilateral, progresivo y de aparición tardía hay que investigar.

Palabras Clave

Omalgia Bilateral, Empeoramiento Nocturno.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

"Doctora, estoy desesperada, necesito trabajar"

Oviedo López L¹, Chávez Navarro M², Fernández Ocaña F¹

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor en región lumbar de meses de evolución que incapacita la deambulación y actividad normal de la vida diaria.

Historia clínica

Mujer de 48 años, con antecedente de fibromialgia, acude a consulta de Atención Primaria aquejando dolor en área lumbar irradiado a miembro inferior derecho de tres meses de evolución. Hace 6 meses, sufrió caída accidental en su trabajo, sobre región glútea, y asegura que su dolor se relaciona con el incidente. Esta situación, le impide el descanso nocturno y le incapacita para la deambulación y su actividad laboral. Durante la consulta, se encuentra muy irritada, con desesperanza y enfado hacia el sistema sanitario. Ha acudido en siete ocasiones a urgencias (tanto hospitalarias como de Atención Primaria) obteniendo alivio transitorio tras inyectable. Ha realizado tratamiento con antiinflamatorios de diferente potencia, benzodiazepinas y pregabalina, sin conseguir control sintomático.

Enfoque individual: en la exploración, presenta marcha dolorosa, con eversión de pie derecho. A la palpación de la columna lumbar, niega apofisalgia, sólo cierta molestia en la musculatura paravertebral lumbosacra derecha. En la salida del nervio ciático derecho, manifiesta intenso dolor a punta de dedo. En decúbito supino, desencadenamos el dolor en glúteo derecho a la rotación interna del miembro. Lasègue negativo.

Beatty, positivo. Tras la exploración, se realizan estiramientos del músculo piramidal en camilla, consiguiendo leve alivio sintomático.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido y tres hijos (7, 9 y 14 años). Nivel socio-económico-cultural bajo. Trabajadora del medio rural en campañas de recolectas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: pseudociática por síndrome piramidal.

Tratamiento, planes de actuación: se explica naturaleza del proceso y ausencia de relación con el traumatismo. Prescribimos analgesia y calor seco durante 2-3 días, junto con ejercicios de estiramiento para realizar regularmente.

Evolución

Se revisa a las dos semanas, presentando mejoría franca de la sintomatología con los ejercicios de estiramiento. Sólo requiso analgésicos en los primeros tres días del inicio de la terapia física.

Conclusiones

La presión asistencial a veces nos hace ir de prisa y no pararnos a replantear los diagnósticos. Es importante ser minuciosos en la exploración y conocer las terapias físicas que también pueden beneficiar a nuestros pacientes, sin tender al recurso "fácil" de la farmacología.

Palabras Clave

Pyramidal Syndrome, Low Back Pain, Sciatic Nerve.

ÁREA: APARATO LOCOMOTOR/REUMATOLOGÍA

Churg churg!! Siguiete estación Strauss Plazt

Hinojo García H

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Poniente. Almería

Ámbito del caso

Medicina Interna.

Motivos de consulta

Poliartralgias.

Historia clínica

Antecedentes personales: tabaquismo 10 paq/día. Meningitis aséptica con ingreso en 2018. En seguimiento por neurología por asma bronquial eosinófilo persistente mal controlado. Sinusitis e infección por pseudomona aureginosa. Bronquiectasias bibasales e infiltrados pulmonares a estudio. Reacción inflamatoria en ambas rodillas de tres semanas de duración.

Anamnesis: varón de 45 años que refiere poliartralgias desde hace un mes, sensación ocasional de parestesias junto a cefalea frontal y orbital. No refiere úlceras orales ni genitales. No episodio de ojo rojo. No fiebre sin foco.

Exploración Física: ORL normal, no adenopatías ni bocio palpable. ACR: rítmico sin soplos. MVC sibilantes en todos los campos pulmonares. ABD: anodino. MMSS: lesión compatible con úlcera necrosada en tercer dedo mano derecha. MMII: no edemas. No signos de artritis.

Pruebas complementarias: EFR Normal con TBD negativo y leve obstrucción en las de vía aérea pequeña sin respuesta a BD. TAC senos con ocupación parcial de senos maxilares y esferoidales. RX: infiltrados pulmonares en LMD y LSI. Analítica: PCR normal, sin leucocitos ni neutrofilia. Destaca eosinofilia de 10%. ANCA negativos. Tratamiento: LABA+ CC. SABA de rescate. Antileucotrieno y mepolizumab 100 mg mensual.

Enfoque individual: agricultor de origen español.

Enfoque familiar y comunitario: convive con mujer e hijo con necesidades cubiertas tanto social como familiarmente.

Juicio clínico: alta sospecha de granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (Churg- Strauss) en base a: asma bronquial de perfil eosinofílica. Eosinofilia periférica. Infiltrados pulmonares migratorios. Antecedente de sinusopatía. Otros: poliartralgias, parestesias en manos y alteración de ORL.

Diagnóstico diferencial: aspergilosis broncopulmonar alérgica, Neumonía eosinofílica.

Tratamiento, planes de actuación: se recomienda suspender montelukast por riesgo de empeorar Sd Churg Strauss. Corticoides 1 mg/kg/día en dosis única de 6 a 12 semanas hasta resolución de síntomas y reducción gradual hasta un año con la mínima dosis que permita estar sin síntomas. Mepolizumab.

Evolución

Ante alta sospecha de Sd Churg Strauss se solicita ENG de MMSS y MMII. TAC de senos paranasales y biopsia de sinusopatía. Si presenta reagudización de clínica respiratoria, fiebre persistente o artritis, acudir a centro hospitalario, para valoración.

Conclusiones

Aunque tiene ANCAS negativos, hay que considerar el Sd de Churg Strauss en pacientes con asma y niveles elevados de eosinofilia periférica y además con infiltrados pulmonares evanescentes. Hasta un 40-60% de pacientes pueden cursar con ANCAS negativos.

Palabras Clave

Eosinofilia, Asma, Sinusitis, Corticoides, Reumatología.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Anciana Confusa

Paniagua Ortiz I¹, Pamos García M¹, Dax Vásquez Brolen B²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ángela Uriarte. Madrid.

² Médico de Geriatría. Hospital Infanta de Leonor. Madrid.

Ámbito del caso

Atención Primaria–Urgencias.

Motivos de consulta

Primer episodio de síndrome confusional (SCA).

Historia clínica

Mujer de 88 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (I. Barthel 100/100) y la mayoría de las actividades instrumentales (AIVD) (I. Lawton 5/8), sin deterioro cognitivo conocido. Con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica (FEVI preservada) tipo cardiopatía hipertensiva NYHA I/IV y un previo accidente vascular cerebral transitorio de etiología aterotrombótica, actualmente antiagregada con acetil salicílico.

Enfoque individual: acude a médico de Atención Primaria por desorientación espacial y temporal persistente, asociando mareo sin giro de objetos de dos horas de evolución.

Enfoque familiar y comunitario: tras valoración inicial en CS, es derivada a urgencias para estudio etiológico. En la exploración física destaca la inatención y desorientación en tiempo sin otro tipo de focalidad neurológica (NIHHS de 2).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: pruebas complementarias básicas resultan normales. El TAC-Craneal revela pérdida de diferenciación e hipodensidad corticosubcortical frontal derecha sugerente de isquemia aguda en arteria cerebral media (ACM) derecha.

Tratamiento, planes de actuación: por lo que se activa código Ictus.

Evolución

En el AngioTAC de troncos supraaórticos y polígono de Willis se aprecian cambios ateromatosos sin obstrucciones significativas, y el resto del estudio etiológico en la hospitalización fue normal. Finalmente presenta mejoría espontánea, siendo diagnosticada de un Infarto en territorio de ACM derecha de etiología indeterminada-ESUS con NIHHS al alta de 0.

Conclusiones

El SCA es una entidad aguda, transitoria y de curso fluctuante, frecuente en personas con factores predisponentes y baja reserva cerebral ante eventos adversos. Sin embargo, es una entidad infradiagnosticada que se asocia erróneamente a la edad cronológica. Así, un primer episodio de SCA en una paciente independiente para las ABVD y AIVD sin deterioro cognitivo, debe considerarse una emergencia médica y mantener alta sospecha ante posibles etiologías complejas como infecciones del SNC y lesiones vasculares, antes de plantear etiologías de menor gravedad. Una vez superado el cuadro agudo, el rol del médico de Atención Primaria es fundamental para lograr un control estrecho de factores de riesgo cardiovascular (adaptados a la situación basal) y estimular actividades físicas y cognitivas, para recuperar o al menos minimizar las secuelas funcionales y cognitivas en pacientes mayores.

Palabras Clave

Delirium, Accidente Cerebrovascular, Factores de Riesgo Cardiovascular.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

¡Cuidado con el riñón!

Aumesquet Contreras A¹, Casado Gómez D², Vizcaya Lopez A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Epistaxis.

Historia clínica

Varón de 83 años, hipertenso de 20 años de evolución en tratamiento con dos fármacos, anticoagulado con edoxabán 60 mg por una fibrilación auricular permanente sin otros antecedentes relevantes para el caso, que consulta a su Médico de Atención Primaria por epistaxis diarias autolimitadas de una semana de evolución, que normalmente aparecen por la tarde. Su familia lo correlaciona con aumento de las cifras tensionales, dado que desde que se ha iniciado la epistaxis han realizado controles con cifras en torno a 160/90 mmHg.

Se realiza la exploración física donde destaca una tensión arterial de 156/92 mmHg y, en el examen de narinas mediante el uso de otoscopio, se observa una zona costrosa en zona anteroinferior de tabique nasal, sospechoso de ser el punto de sangrado.

Enfoque individual: inicialmente, dado las cifras tensionales obtenidas en consulta, se reajustó tratamiento antihipertensivo añadiendo amlodipino 5 mg y reevaluación posterior. A los 7 días, se logró un mejor control tensional, pero persistía la epistaxis, motivo por el cual se derivó a Otorrinolaringología. A las dos semanas de dicha valoración, el paciente acudió nuevamente por epistaxis a pesar de estar bajo tratamiento con pomada rinobanedif y habiéndose descartado patología nasal subyacente. En ese momento se

revisaron analíticas previas del paciente en las que ya presentaba una insuficiencia renal ligera por lo que se solicitó nueva analítica para control de función renal y de hemoglobina.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: epistaxis de repetición. HTA mal controlada, factores ambientales (calor, sequedad del aire ambiente), sobredosificación de anticoagulante.

Tratamiento, planes de actuación: añadir amlodipino 5 mg. Derivación a otorrinolaringología. Realizar analítica.

Evolución

En la visita de recogida de resultados, se evidenció un descenso del filtrado glomerular estando en estadio G3A (47 ml/min/m²). Por ello, se redujo la dosis de edoxabán a 30 mg al día, remitiendo posteriormente los episodios de epistaxis.

Conclusiones

Desde Atención Primaria, es fundamental la realización de analíticas periódicas, en pacientes ancianos o con patología crónica, prestando especial atención a la función renal, dado que la dosificación de muchos fármacos depende de ello. Esto incide directamente tanto en el correcto uso de los fármacos como en la seguridad del paciente.

Palabras Clave

Hemorragia, Anticoagulantes, Insuficiencia Renal.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Alucinaciones de años de evolución en paciente tratado con antidepresivos

Tabet Medina L

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Mancha Real

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Paciente, 79 años, derivado desde SUAP por aumento de alucinaciones de 3 días de evolución que no mejora tras un primer aviso a SUAP el mismo día.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial. Dislipemia. Diabetes mellitus II. Hemorragia cerebral. Alucinaciones (2017). Síndrome ansioso-depresivo. Enfermedad renal crónica. Retenciones urinarias. Hiperplasia benigna de próstata. Neumonía aspirativa. Sepsis por perforación recto-sigmoidea con colestomía. Estreñimiento. Tratamiento domiciliario: fluticasona 100 mg. Atorvastatina 40 mg. Paracetamol 1 g. Nolotil 575 mg. Haloperidol 2 mg/ml. Amitriptilina 25 mg (finales 2016). Omeprazol 20 mg. Carvedilol 6,25 mg. Lantus Solostar 100 U/ml. Enalapril 10 mg. Furosemida 40 mg. Yanimo Respimat 2,5/2,5 mg. Metformina 850 mg. Empaglifozina 10 mg. Sitagliptina 50 mg. Dutasterida 500 mcg/Tamsulosina Clorhidrato 400 mcg. Sin alergias medicamentosas conocidas.

Enfoque individual. Anamnesis: aumento de alucinaciones visuales y auditivas complejas, que anteriormente solo se presentaban por la noche, asociadas a cuadros de agitación desde hace 3 días. Afebril.

Exploración: buen estado general. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Molestias difusas a la palpación sin signos de peritonismo. No edemas en miembros inferiores. Consciente, orientado y colaborador. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Pares craneales y funciones superiores conservadas. Fuerza y

sensibilidad conservadas. No focalidad neurológica. Sin otras alteraciones.

ECG: normal. Analítica: glucemia 159, urea 82, creatinina 2.12, PCR 10, procalcitonina 0.18, glucosuria +++, resto normal. En Urgencias el paciente se agita controlándose tras una segunda ampolla de haloperidol por no resolverse después de la primera ampolla. El paciente pasa a observación donde es sedado con Midazolam. TAC cráneo: atrofia corticosubcortical y signos de encefalopatía vasculodegenerativa crónica ya conocidas, sin otros hallazgos. RX tórax: normal.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: alucinaciones de origen mixto como posible efecto secundario a la toma de antidepresivos tricíclicos y demencia vasculodegenerativa.

Diagnostico Diferencial: demencia, intoxicación, infección en paciente frágil, psicosis.

Tratamiento, planes de actuación: se interconsulta con Neurología acordando: quetiapina 25 mg. Olanzapina 2.5 mg. Suspender Amitriptilina.

Evolución

A la semana se contacta con el paciente que refiere mejoría sintomática.

Conclusiones

La aparición de alucinaciones meses después del inicio de amitriptilina sugiere un posible efecto secundario del fármaco, unido a la demencia del paciente. Los fármacos en pacientes ancianos son la principal causa de ingreso e iatrogenia. Son útiles el uso de criterios Non-stop, Beers, entre otros, para evitar estas situaciones.

Palabras Clave

Alucinaciones, Antidepresivos, Demencia

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Diarrea crónica en atención primaria

Henares Millán N, Pérez Montes M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torre del Mar. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 16 años que consulta por diarrea sin productos patológicos de varios meses de evolución, sin dolor abdominal ni vómitos asociados.

Historia clínica

No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: rinitis alérgica, alergia a los ácaros, cifosis dorsal, miopía, CIV corregida en la infancia, foramen oval permeable.

Antecedentes familiares: padre dislipémico y fumador. Madre fumadora en fase precontemplativa. No presenta ni intervenciones quirúrgicas ni tratamiento habitual no hábitos tóxicos.

Enfoque individual. Exploración física: buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y percutida. Auscultación cardo-pulmonar: ritmo sinusal, sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias.

Pruebas complementarias: se solicita coprocultivo, parásitos y sangre oculta en heces. Además de una analítica con hemograma, bioquímica y anticuerpos anti triquina. La analítica fue anodina, la SOH y los parásitos negativos. En las heces se observó un quiste de triquina en un resto de fibra muscular parcialmente digerida. Se re-historia a la paciente que dice haber comido carne de jabalí salvaje (sin

estar analizada) en diciembre de 2020. Refiere que su madre cocinó la carne más de 3 horas ya que el proveedor de la carne les dijo que no estaba analizada. El resultado de los anticuerpos ha salido negativo por lo que según los protocolos lo repetiremos en 2 meses.

Enfoque familiar y comunitario: al ser una EDO hay que comunicarlo a epidemiología y hacer pruebas al resto de personas que comieron del posible foco contagioso. Tanto a la madre como el padre presentaban síntomas gastrointestinales, pero en ninguno hemos encontrado restos de la enfermedad tanto a nivel de las heces como de los anticuerpos que fueron negativos.

Juicio clínico: triquinosis.

Diagnóstico diferencial: diarrea por malabsorción, mal digestión, celiaquía, parásitos, bacterias, enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable.

Tratamiento, planes de actuación: se pauta Mebendazol 200 mg/8 horas durante 3 días. Luego 400 mg/8 horas durante 10 días. Dieta blanda para controlar la diarrea y beber agua.

Evolución

Tras acabar el tratamiento al paciente se encuentra asintomática, sin vómitos ni diarrea.

Conclusiones

Se muestra un caso sobre cómo tratar una diarrea crónica en Atención Primaria.

Palabras Clave

Diarrea Crónica, Triquinosis.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Abordaje biopsicosocial de la ansiedad

Mañas Sevillano E¹, Piury Pinzón J², Rico Pereira A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva-Centro. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Crisis de ansiedad.

Historia clínica

Paciente mujer de 49 años que consulta por crisis de ansiedad frecuentes en las últimas 5 semanas (9 visitas a urgencias por este motivo precisando medicación intramuscular). Describe ansiedad generalizada a pesar de tratamiento con clorazepato dipotásico 5 mg cada 8 horas. El desencadenante parece ser la convivencia con su hija que padece trastorno bipolar (aunque previamente buena relación).

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin alergias. HTA. Obesidad grado III. Dislipemia. Asma bronquial. Hipotiroidismo primario. Gonartrosis bilateral.

Anamnesis: múltiples crisis de ansiedad debido aparentemente a convivencia familiar. Inicio de topiramato por parte de Endocrinología (como tratamiento para pérdida de peso debido a "trastorno por atracón") la semana previa.

Exploración: exploración física sin hallazgos de interés. Lenguaje y pensamiento coherente, no ideas delirantes, labilidad emocional con llanto fácil durante entrevista. Expresa anhedonia y clinofilia.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente vive con su marido y dos hijos (los cuatro de nuestro cupo médico). Ella es ama de casa, marido con empleo estable, hijo de 19 años (estudiante instituto) e hija de 23 años (estudiante grado

universitario), diagnosticada de trastorno bipolar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: reacción adversa a topiramato. Frecuentes crisis de ansiedad, secundario a lo anterior.

Tratamiento, planes de actuación: se inicia tratamiento con paroxetina 20 mg, se ajusta tratamiento ansiolítico, se explican técnicas de relajación y app móvil donde practicarlas. Se programan citas semanales para ver evolución (incluida cita conjunta con su hija) y comprobar eficacia del tratamiento y recomendaciones.

Evolución

Escasa mejoría a pesar de tratamiento pautado y recomendaciones sobre relajación. Se plantea posibilidad de reacción adversa a topiramato, dado coincidencia del inicio del cuadro con inicio del tratamiento. Tras retirada progresiva, mejoría clínica sin nuevas crisis.

Conclusiones

El topiramato, antiepiléptico y estabilizador del ánimo, recoge en su ficha técnica "ansiedad" como efecto secundario frecuente (1-10%). La dificultad de este caso vino debida al desconocimiento de este efecto dado sus más conocidos efectos sedantes y estabilizadores. Si este efecto se hubiera considerado al inicio del cuadro, posiblemente se habrían evitado las crisis de ansiedad de la paciente y sus múltiples visitas a urgencias.

Palabras Clave

Ansiedad, Topiramato, Efecto Secundario.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Molestias intestinales y prurito cutáneo en paciente gestante. A propósito de un caso

Rojas Sañudo A, García González S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UUDD MFyC DS Poniente. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Molestias intestinales y prurito cutáneo.

Historia clínica

Mujer de 33 años natural de Senegal, embarazada de 6 meses en tratamiento con ácido fólico y B12, que presenta molestias intestinales, prurito cutáneo y tos nocturna, es remitida por el servicio de Ginecología para valoración de parasitación intestinal por *Blastocystis hominis*.

Enfoque individual: antecedentes personales de asma, VHB, malaria hace 1 año e hipertiroidismo gestacional. La paciente presenta buen estado general, con nutrición e hidratación adecuada y buen estado gestacional. Peso 79.5 kg, talla 1.63 m y TA 110/73. ACP: tonos rítmicos sin soplos, MVC, con sibilantes espiratorios bibasales. Se observa tos nocturna con expectoración de aspecto blanquecino. No se aprecian datos de filariasis ni micosis. Bioquímica y hemograma dentro de la normalidad, serología compatible con VHB crónico. En el estudio de parásitos en heces se observan quistes de *Blastocystis hominis*.

Enfoque familiar y comunitario: aplicación del protocolo de inmigrante por parte de Atención Primaria y enfoque biopsicosocial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: parasitación intestinal por *Blastocystis hominis*, acompañada de hipertiroidismo gestacional. Debemos destacar otras patologías que cursen con alteración del ritmo intestinal y/o prurito:

apendicitis aguda, colestasis intrahepática gestacional, enfermedad de Caroli, otras parasitosis intestinales (*Esquistosomiasis* intestinal, *Giardia Lamblia*, *Oxiuros*).

Tratamiento, planes de actuación: medidas farmacológicas: se debe proceder a la retirada de suplementos con Iodo, continuar con ácido fólico + B12 como previamente, optimizar el tratamiento para su asma de base y tratamiento con antihistamínicos como dexclorfeniramina para el prurito cutáneo. En cuanto a la parasitosis intestinal por *Blastocystis*, los posibles tratamientos a seguir son antibióticos como Metronidazol o Cotrimoxazol y antiprotozoos como Paromomicina, siendo esta última nuestro tratamiento de primera elección al ser gestante. Medidas no farmacológicas: realizar una adecuada higiene de manos, lavar con abundante agua y jabón frutas y verduras y mantener estas medidas si se realizan viajes a zonas endémicas.

Evolución

Solicitar urocultivo, perfil tropical con nueva TSH y PCR de malaria.

Conclusiones

En Atención Primaria debemos incidir en el adecuado control de la población inmigrante y sus patologías infecciosas transmisibles, endémicas de sus lugares de procedencia, prestando especial atención a gestantes, población anciana e infantil, por ser los grupos con mayor predisposición a presentar complicaciones.

Palabras Clave

Blastocystis, Gestante, Prurito.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

COVID posible desencadenante de autoinmunidad

Guerrero Solana E¹, Sánchez Sánchez A², Morales Rodríguez G¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Sevilla

² Médica de Familia. Tutora de MIR MFyC. CS Don Paulino García Donas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Antecedentes personales: mujer de 47 años, trabajadora sociosanitaria con historia de cefalea mixta migrañosa-tensional, escoliosis lumbar, anemia ferropénica por pérdidas ginecológicas con mejora tras polipectomía e infección Covid-19 leve en abril de 2020.

Anamnesis: acude a consulta refiriendo cansancio generalizado y pérdida de peso de 8 kg en 14 meses tras la infección por COVID-19. También refiere distensión abdominal con plenitud gástrica y urgencia defecatoria tras las comidas sin diarrea.

Historia clínica

Exploración: BEG, bien hidratada, palidez cutánea y delgadez facial. ACR: tonos rítmicos, buena frecuencia, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni megalias y abundante meteorismo.

Pruebas complementarias: solicitamos analítica, cuyos parámetros alterados son: Hb 7.5 g/dl, ferritina 6.4 ng/ml, hierro 12.10 µg/dl, TSH 5.64 µU/ml, ac anti-Peroxidasa tiroidea 195 U/ml, ac anti-Transglutaminasa 128 U/ml. Curva de la lactosa plana.

Enfoque individual: en la actualidad existen una serie de síntomas denominados "Síntomas COVID persistentes", entre los cuales encontramos los derivados de las intolerancias alimenticias y la probable celiaquía que presenta nuestra paciente. Este grupo de patologías derivadas de la infección por Covid-19 deberán ser estudiadas.

Enfoque familiar y comunitario: el seguimiento longitudinal en el tiempo del paciente ayuda a reconocer cambios sustanciales, así como integrar el conjunto de síntomas y la historia previa. La infección Covid-19 es una enfermedad emergente que iremos conociendo a medida que veamos consecuencias o secuelas a largo plazo en pacientes, incluso que tuvieron la infección con un cuadro leve.

Juicio clínico: enfermedad celíaca pendiente de confirmación histológica, anemia ferropénica secundaria, hipotiroidismo subclínico autoinmune e intolerancia a lactosa.

Plan de actuación: se pauta hierro oral y dieta exenta de lactosa. Derivamos a digestivo para confirmación histológica de enfermedad celíaca. Realizamos control analítico a los 2 meses, persistiendo anemia con similar cifra de hemoglobina (7.5 g/dl), aún no tiene cita con digestivo, por lo que se realiza teleconsulta a digestivo para tratamiento con hierro intravenoso.

Evolución

Se inicia terapia con hierro intravenoso en hospital de día de digestivo hasta realización de gastroscopia para confirmación histológica de enfermedad celíaca.

Conclusiones

Se ha demostrado que tras la infección por el virus COVID-19 no solo persisten síntomas respiratorios, también pueden desarrollarse enfermedades autoinmunes.

Palabras Clave

Autoinmune, COVID-19, Celiaquía

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

La verdadera pandemia que se esconde tras la COVID-19

Castillo Muñoz L¹, Manzano López C², Sendín Martín J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Luis. Sevilla

³ Médico de Familia Adjunto. CS San Luis. Sevilla

Ámbito del caso

CS San Luis. Sevilla.

Motivos de consulta

Mialgias tras vacunación.

Historia clínica

Paciente con antecedentes familiares oncológicos y que trabaja en contacto con sustancias químicas fue valorado en reumatología privada por mialgias que aparecieron tras segunda dosis de Moderna, acudió a nuestra consulta porque tras un mes con prednisona pautaada el paciente nota un empeoramiento progresivo que le afecta a la deambulación y observamos la aparición de varios bultomas en MMSS, tórax espalda y cuello. Solicitamos analítica de control donde se objetiva un calcio corregido de 15 mg/dl, por lo que recomendamos al paciente acudir a Urgencias donde, tras corroborarlo, procedieron al ingreso en MI.

Enfoque individual: en la exploración presentó varios bultomas duros sugestivos de calcificaciones subcutáneas. Resto normal, sin hallazgos patológicos. Tras la realización de pruebas complementarias se descubre una masa pulmonar que diagnostican de neoplasia con BAG, cuyo estadiaje tras el TAC con metástasis óseas, hepáticas y de partes blandas consta como IVB.

Enfoque familiar y comunitario: estudios de screening ante antecedentes personales y familiares de nuestro paciente, analíticas de control y vigilancia de sintomatología de nueva aparición en familiares de primer grado; Así como recomendaciones higiénico-dietéticas que

disminuyan la probabilidad de aparición de los mismos, como programas antitabaco.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: adenocarcinoma pulmonar IVB. MTX óseas, partes blandas y hepáticas.

Tratamiento, planes de actuación: tras estudio genético e inmunohistoquímico se descarta posible inmunoterapia. Limitamos a buen control del dolor con parche de fentanilo y realización de ejercicios para mejoría del estado funcional por parte de cuidados paliativos.

Evolución

El paciente delega en su hijo ser conocedor de su situación. Finalmente se acuerda el traslado a HSJD en espera de ser valorado por consultas externas de oncología para evaluar las posibles opciones terapéuticas.

Conclusiones

La Atención Primaria como primer paso en la atención del paciente y la necesidad de una consulta presencial para realizar una correcta anamnesis y exploración; Así como las herramientas de utilidad, una analítica sencilla nos alertó de qué causaba esas mialgias. El calcio elevado nos indicaba la necesidad de realizar un estudio más profundo. Ante patologías donde los programas de screening juegan una carta tan importante debemos adelantarnos, en el último año han disminuido estos programas en un 21%.

Palabras Clave

Mialgia, Neoplasia, Diagnóstico.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Penfigoide ampoloso secundario a linagliptina

Gallegos Gutiérrez C¹, Chávez Navarro M², Salado Natera M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldan. San Fernando (Cádiz)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto-Puntales. Cádiz

³ Médico de Familia. CS Virgen de La Oliva. Vejer de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención domiciliaria.

Motivos de consulta

Lesiones cutáneas ampollosas.

Historia clínica

Mujer de 86 años con demencia avanzada, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina y ERC estadio IIIB. En control analítico reciente presenta mal control glucémico (hbA1c 9%) por lo que se inicia tratamiento con linagliptina hace dos semanas. Consulta porque desde entonces presenta lesiones cutáneas ampollosas en diversas localizaciones.

Enfoque individual: como antecedentes personales presenta demencia avanzada, ERC estadio IIIB, HTA con buen control y DM tipo 2 con mal control glucémico en tratamiento con metformina y desde hace dos semanas con linagliptina. Desde hace dos semanas presenta lesiones cutáneas ampollosas pruriginosas en tronco y miembros, motivo por el realizamos visita domiciliaria.

A la exploración se objetivan flictenas de contenido seroso sobre placas eritematosas en múltiples localizaciones (muslo, región interescapular, brazos, pies, etc.) y en diversos estadios evolutivos, sin afectación de mucosas y sin datos de sobreinfección.

Enfoque familiar y comunitario: viuda, madre de dos hijas, una de ellas vive fuera de la ciudad; la otra hija, con la que convive, es su cuidadora principal. Además, cuenta con otra cuidadora

todas las mañanas. Encamada, dependiente para todas las ABVD. Nivel socio-económico medio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: tras descartar clínicamente otras patologías como el pénfigo vulgar, la dermatitis herpetiforme o el eritema multiforme ampoloso, identificamos como primer posible diagnóstico el penfigoide ampoloso y como probable desencadenante una reacción adversa a linagliptina, pues su introducción coincide con el tiempo de evolución de las lesiones dérmicas. Dado que el diagnóstico del penfigoide ampoloso es clínico inicialmente no se planteó realizar otras pruebas complementarias.

Tratamiento, planes de actuación: retirada de linagliptina e introducción de insulina lenta subcutánea para control glucémico. Añadimos clovate crema tres semanas y prednisona oral 20 mg dos semanas y luego pauta descendente progresiva. Se advierte de control estricto de cifras de glucemia.

Evolución

A las dos semanas en nueva visita domiciliaria observamos mejoría clínica importante de las lesiones que terminan por resolverse en las dos semanas posteriores.

Conclusiones

Destacar la importancia de conocer los efectos adversos farmacológicos de los tratamientos pautados, prestando especial interés en pacientes pluripatológicos polimedicados.

Palabras Clave

Penfigoide Ampoloso + Linagliptina.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

¿Qué se esconde detrás de una disfagia?

Lucena Porras M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Familiar/Urgencias.

Motivos de consulta

Disfagia.

Historia clínica

Mujer, 62 años. Acude por disfagia de 8 meses de evolución, con empeoramiento en últimos 10 días. Además, refiere episodios de dolor torácico pulsátil y palpitaciones intermitentes.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no RAMC ni hábitos tóxicos. HTA. E. Graves-Basedow (radioyodo hace 30 años).

Exploración: buen estado general, normohidratada y normoperfundida. Eupneica. Afebril, Sat. O₂ 97%, TA 140/85 mmHg, FC 90 lpm. Traga agua en consulta sin dificultad. No se palpan adenopatías. ACR: rítmica, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos. Abdomen normal. Pulsos presentes y simétricos.

Solicitamos: ECG: ritmo sinusal a 80 lpm. No bloqueos ni signos de isquemia. Analítica: hemograma normal, coagulación sin alteraciones, bioquímica normal incluida función renal, iones y hormonas tiroideas. RX tórax: gran saco aneurismático aórtico.

Ante los hallazgos, derivamos al hospital, donde realizan AngioTAC: aorta alongada y tortuosa observándose gran aneurisma que desde el cayado se extiende abarcando a la aorta torácica a nivel retrocardial, hasta hiato esofágico, con extensión hasta salida de arterias renales. Diámetro máximo de dilatación 6.5 cm a nivel del cayado en plano transversal, con una extensión craneocaudal 20 cm, observándose un trombo mural que desde por debajo del cayado aórtico se

extiende hasta hiato esofágico. Extravasación de contraste hasta el interior del trombo, como signo ominoso de riesgo de rotura. Efecto masa sobre el esófago comprimiéndolo y rechazándolo anteriormente, lo que justifica la disfagia. Tras valoración por C. Vascular, se decide su ingreso para plantear tratamiento.

Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: aneurisma aórtico toraco-abdominal tipo IV.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza ByPass Carótido-Subclavio + Endoprótesis Aorta torácica. En un segundo tiempo se realizará tratamiento endovascular de aorta abdominal.

Evolución

Buena evolución tras primera intervención, por lo que es alta domiciliaria. Permanece estable y con seguimiento estrecho por su MAP, hasta próxima intervención.

Conclusiones

La Atención Primaria es fundamental para realizar un estudio inicial y dirigido de nuestros pacientes que nos permita un diagnóstico acertado y ofrecer, en algunos casos junto con la atención hospitalaria, un tratamiento adecuado. Igualmente cobra especial importancia en el seguimiento evolutivo de estos pacientes, ofreciendo un manejo integral de su patología. Los datos usados para la realización de este caso se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente.

Palabras Clave

Disfagia, Aneurisma, Integral.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Litiasis fantasma

García Martínez L¹, García Contreras B², García Olea A¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huércal de Almería. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria (AP) y Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 48 años, visto en Urgencias, diagnosticado de cólico renal. En AP detectamos aumento de transaminasas, realizándose ecografía abdominal en CS. Derivamos a Digestivo. Volvió a Urgencias por dos episodios de dolor abdominal. Se decidió ingreso para estudio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: rinitis alérgica, hipercolesterolemia. COVID positivo (febrero/2021).

Antecedentes familiares: madre con cáncer colorrectal (71 años).

Exploración: urgencias (Primer episodio): presenta dolor intenso, sudoroso, mal hidratado y perfundido. Sospecha abdomen en tabla, doloroso a palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha, irradiado a fosas renales. AP: paciente con buen estado general, abdomen blando, depresible, no doloroso a palpación, sin masas ni megalias, y sin signos de irritación peritoneal. Urgencias (Segundo episodio): regular estado general; abdomen doloroso a la palpación superficial, sobre todo en zona umbilical, sin otras nuevas alteraciones.

Pruebas complementarias: urgencias (Primer episodio): leve incremento de bilirrubina total y enzimas hepáticas de citólisis. Uroanálisis: microhematuria y precipitados uratos amorfos. AP: hipertransaminasemia, con patrón de citólisis y colestasis, e hiperbilirrubinemia. Serologías de virus negativas. Ecografía: vesícula

distendida sin contenido ni litiasis, grosor de pared 3 mm; no LOES hepáticas; hígado homogéneo; no dilatación de vía biliar; páncreas aspecto normal. Urgencias (Segundo episodio): hipertransaminasemia con GGT elevada y FA normal con hiperbilirrubinemia leve mixta. Se decide ingreso en Digestivo.

Enfoque familiar y comunitario: casado. Nivel socio-cultural medio. Vivienda en ámbito urbano. Laboralmente activo.

Juicio clínico: colangitis aguda.

Diagnóstico diferencial: cólico biliar, colangitis, hepatitis, LOES hepáticas.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento sintomático del dolor y derivación preferente a Digestivo, desde AP.

Evolución

Debido al empeoramiento clínico-analítico del paciente se decidió ingreso con tratamiento antibiótico. Ante la ausencia de litiasis en colangio-RMN, se realizó CPRE objetivando únicamente papilitis. Tras esfinterotomía por CPRE y mejoría general se decidió alta, con seguimiento ecográfico en CS.

Conclusiones

Dada la accesibilidad de la ecografía en nuestro CS, ante este caso, pudimos descartar LOES hepáticas y litiasis biliar, indicándole al paciente los síntomas por los que debía acudir a Urgencias. Destacamos la importancia de la ecografía en AP, que permitió acelerar el proceso diagnóstico, descartando posibles diagnósticos y dándole cierta tranquilidad al paciente.

Palabras Clave

Transaminasas, Litiasis, Ultrasonografía.

ÁREA: ATENCIÓN FAMILIAR

Síncopes de repetición en paciente joven

Cruz Romero L¹, González Romero R², Cubillas Quero A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Síncopes de repetición.

Historia clínica

Paciente de 23 años con factores de riesgo cardiovascular que acude a consulta por presentar síncopes de repetición de larga evolución que se acompañan de pródromos (mareo, visión borrosa, sudoración).

Enfoque individual: mujer de 23 años (obesa, dislipémica, fumadora, bebedora ocasional de grandes cantidades de alcohol) que acude preocupada tras presentar síncopes cada vez más frecuentes y con mayor tiempo de recuperación postsíncopal. Se realiza una correcta anamnesis y entrevista clínica, donde la paciente refiere antecedentes familiares de muerte súbita por miocardiopatía no compactada e IAM precoces. Además, la exploración física es anodina, excepto por un desdoblamiento del segundo tono. Ante estos datos, se realiza un ECG donde se manifiesta un BIRHH y signos de hipertrofia en ventrículo derecho, y una analítica sanguínea con resultado normal. Tras estos hallazgos, se realiza derivación a Cardiología para completar estudio, donde se detecta mediante ecocardiografía que la paciente padece de Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres y hermanos. Estructura familiar bien consolidada que le sirve de apoyo para afrontar el

pronóstico de la enfermedad, del que están correctamente informados.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: diagnóstico: hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática. *Diagnóstico diferencial:* miocardiopatía hipertrófica.

Tratamiento, planes de actuación: el tratamiento de la HTP es multidisciplinar, por un lado, tenemos medidas generales (evitar el embarazo, prevención de enfermedades, cuidados físicos, evitar descongestionantes nasales y betabloqueantes ...), y por otro, el tratamiento específico según estratificación pronóstica, en nuestro caso se inició con Ambrisentán, Tadalafil y diuréticos.

Evolución

La paciente se encuentra en seguimiento por Unidad de HTP del Hospital 12 de octubre para mejor ajuste de tratamiento y seguimiento. Además, de revisiones periódicas por su médico de Atención Primaria.

Conclusiones

El síncope es un motivo muy frecuente de consulta, pero en ocasiones se le resta importancia y no es estudiado correctamente. Es necesario realizar una anamnesis completa y una historia clínica familiar e individual que nos ayude a detectar signos de alarma.

Palabras Clave

Pulmonary Arterial Hypertension, Syncope, Right Ventricular Hypertrophy.

ÁREA: BIOÉTICA

De automatismo a autonomía

Benítez Bermúdez C¹, Roda Gómez M², Ballesteros Lechuga L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Gavellar. Úbeda (Jaén)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

³ Médica de Familia. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén)

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Empeoramiento del estado general en paciente oncológico.

Historia clínica

Varón de 68 años con hepatopatía postéfrica, diagnosticado de un carcinoma microcítico de pulmón con metástasis óseas y en tratamiento con quimioterapia paliativa, que acude derivado por su médico por empeoramiento del estado general con vómitos verdosos desde la madrugada anterior sin respuesta a antieméticos, anuria de un día de evolución, dificultad para la ingesta hídrica, dolor abdominal difuso y estreñimiento desde hace una semana.

Enfoque individual: el paciente se encuentra consciente y orientado, afebril, con REG, signos de deshidratación, palidez cutánea e ictericia conjuntival. La exploración física es anodina, salvo un abdomen doloroso a la palpación generalizada, con defensa abdominal y peristaltismo disminuido.

Se solicita: analítica sanguínea: Hb 10,7, VCM 84,3, Hto 31,7, leucocitos 390, neutrófilos 10, plaquetas 106000, creatinina 2,88, urea 118, bilirrubina total 2,60 a expensas de directa, LDH 300, coagulación alterada, fibrinógeno 851, PCR 226,8, PCT 4,17. Sistemático de orina normal. Radiografía abdominal: dilatación de asas de intestino delgado con patrón “en pila de monedas”, sugestivo de obstrucción intestinal. TAC abdomino-pélvico sin contraste: isquemia intestinal segmentaria aguda evolucionada.

Enfoque familiar y comunitario: varón, actualmente inactivo. Soltero y sin hijos. Vive con uno de sus hermanos. Buen soporte familiar. Nivel socioeconómico medio-alto. En seguimiento por Cuidados Paliativos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fallo multiorgánico en el contexto de isquemia mesentérica evolucionada en paciente con carcinoma microcítico de pulmón metastásico.

Tratamiento, planes de actuación: interconsulta con cirujano de guardia, que informa a los familiares de la escasa supervivencia y calidad de vida que existe tras la cirugía. Aun así, estos deciden que se intervenga al paciente. Se informa al enfermo, quien se niega a operarse alegando que el que decide sobre su enfermedad es él y que sólo desea no tener dolor. Finalmente, se decide respetar su voluntad. Se cursa ingreso para muerte digna.

Evolución

Éxito.

Conclusiones

En este caso no se estaba respetando el principio bioético de autonomía, pues se primaba la opinión de la familia frente a la del enfermo, rozando la vulneración del principio de no maleficencia, ya que la cirugía habría prolongado su agonía. Afortunadamente, se supo rectificar a tiempo.

Palabras Clave

Autonomía, Oncología, Paliativos.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

"Me ahogo y ya no puedo coger la bicicleta"

Escudero Sanchez C¹, Crespo Jiménez C², Gámez Molina A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio Monachil. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Barrio Monachil. Granada

³ Médico de Familia. CS Barrio Monachil. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria. Hospital.

Motivos de consulta

Disnea de un mes de evolución.

Historia clínica

Paciente de 51 que acude a la consulta de AP por disnea de esfuerzo en una primera evaluación se solicita analítica, ECG y radiografía de tórax. Acude de nuevo por que de forma progresiva se ha ido convirtiendo la disnea a mínimos esfuerzos ya que al caminar en llano y al recorrer escasos 50 metros le obliga a descansar incluso a sentarse. No dolor torácico. Refiere ataques tusígenos con expectoración verdosa sin dolor costal. No refiere disnea en reposo ni con la ingesta. No ortopnea ni crisis de DPN (disnea paroxística nocturna). Correctamente vacunado de dos dosis de COVID.

Exploración: buen estado general. Buena coloración de piel y mucosas. No signos de deshidratación. ACR: buen murmullo vesicular normal. No edemas maleolares. Pulsos conservados y simétricos. No signos de Trombosis venosa profunda.

Sat. 92% ECG RS a 85 latidos, con signos de HVI. Tensión arterial 110/77. Ante los síntomas y la saturación disminuida se decide traslado a hospital para estudio de disnea. Se reevalúa observándose leve taquipnea con leve tiraje supraclavicular cediendo en reposo. Se realiza analítica incluyendo dímero D, siendo normal. Se instaaura tratamiento broncodilatador en aerosol y corticoides IV. Se solicita AngioTAC torácico: hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar agudo bilateral. No consolidaciones alveolares periféricas que sugieran infarto

pulmonar. Eco Doppler EEII: trombosis venosa profunda vena femoral superficial distal y poplítea de miembro izquierdo.

Enfoque individual: varón sin antecedentes de interés. Mecánico de profesión. Actividad deportiva con bicicleta de montaña semanalmente.

Enfoque familiar y comunitario: casado, buena dinámica familiar. No problemas significativos.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar agudo bilateral. Trombosis venosa profunda parcial en vena femoral.

Diagnóstico diferencial: cardiopatía isquémica. Pericarditis. Crisis de asma. Anemia.

Tratamiento, planes de actuación: se ingreso en planta de Neumología y tras heparina y oxigenoterapia evoluciona bien.

Evolución

Tras seis días de ingreso en planta y con buena evolución se da alta con acenocumarol para control en AP y revisión.

Conclusiones

Este caso nos enseña que ante cualquier disnea que progresa rápidamente, tenemos que hacer un rápido diagnóstico diferencial para no retrasar cualquier intervención de la que se pueda beneficiar. Nuestro conocimiento del paciente es crucial.

Palabras Clave

Trombosis Venosa Profunda, Tromboembolismo Pulmonar, Disnea.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Error en la toma de fármacos. Intoxicación

Espinosa Contreras F¹, García Garnica J², Borrallo Uclés J²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)

Ámbito del caso

Atención domiciliaria.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de interés.

Motivos de consulta

Mareo con sensación de giro de objetos y debilidad generalizada junto con dolor torácico tipo opresivo sin irradiación que cede sin tratamiento, de 4-5 días de evolución. Acompaña imposibilidad para la bipedestación. No otros síntomas asociados. Interrogando a familiares indican que se pueden haber cometido errores a la hora de la toma adecuada de dosis de fármacos.

Juicio clínico: intoxicación por digoxina probablemente por error en la toma de fármaco.

Diagnóstico diferencial: intoxicación digitálica, dolor torácico, fibrilación auricular.

Tratamiento, planes de actuación: derivación a servicio de Urgencias Hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Historia clínica

Paciente de 89 años, sin alergias medicamentosas conocidas.

Evolución

Pruebas complementarias: hemograma y coagulación: sin alteraciones. Perfil renal y hepático dentro de la normalidad. Pro-Péptido natriurético cerebral 1339 pg/ml Troponina T 25.8 ng/L. Niveles de digoxina: 3.28 ng/ml. Se decide alta domiciliaria con los siguientes cambios en el tratamiento: suspender digoxina hasta valoración por su médico en 7 días; no administrar bisoprolol 2,5 mg cada 12 horas en las próximas 48 horas.

Enfoque individual. Antecedentes personales: EPOC, hipertensión arterial, poliartrosis, fibrilación auricular diagnosticada dos meses antes y valorada por Cardiología, con inicio de toma de digoxina 0.25 mg cada 24 horas. En tratamiento domiciliario con: apixaban, betahistina, tramadol, zolpidem, lisinopril, omeprazol, furosemida, bisoprolol. No fumadora, no bebedora, no consumidora de productos tóxicos.

Conclusiones

La intoxicación digitálica es una intoxicación frecuente debido a su estrecho margen terapéutico. La presentación más habitual de las intoxicaciones se produce en pacientes en tratamiento crónico con digoxina por sobredosificación. Los factores que aumentan la toxicidad son: edad, alteraciones electrolíticas, hipoxia, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica y asociación con otros fármacos, como amiodarona, betabloqueantes y calcioantagonistas.

Exploración: frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto. Tensión arterial: 145/85 mmHg. Afebril. Saturación O₂: 99%. Consciente, orientada y colaboradora. Regular estado general. Auscultación cardíaca: tonos arrítmicos sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Exploración neurológica: normal. Glucemia capilar: 97 mg/dl. Electrocardiograma: fibrilación auricular a 70 latidos por minuto, con infra desnivelación de morfología cóncava de segmento ST en derivaciones I, AVL, V2-V3.

Palabras Clave

Digoxina, Atrial Fibrillation, Chest Pain.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

¿Solo son palpitaciones?

Martín Martínez M, Cabrera Fernández S, Rodríguez García R

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Presíncope y palpitaciones.

Historia clínica

Mujer de 28 años de origen venezolano con antecedentes familiares de muerte súbita de una hermana a los 26 años y sin antecedentes personales de interés acude por presentar presíncope y sensación de palpitaciones de 4 semanas de duración que lo ha asociado a conflictos personales. Niega otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.

En la exploración cardiopulmonar se ausculta tonos rítmicos a 110 lpm. Se realiza ECG con ritmo sinusal a 115 lpm, eje derecho. BRDHH y PR menos a 120 ms con onda delta negativa en I, AVL y positiva desde V1. Tras estos hallazgos se decide realizar derivación a consultas de Cardiología

Enfoque individual: se trata de una mujer de 28 años de origen venezolano residente en España desde hace 9 años. Trabaja como dependienta.

Enfoque familiar y comunitario: hermana fallecida a los 26 años de muerte súbita.

Juicio clínico: síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Diagnostico diferencial: extrasístoles, tirotoxicosis, hipoglucemia, fiebre y consumo de estimulantes.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente es derivada a consultas de Cardiología donde se realiza ECG en el que se confirma el síndrome de Wolff-Parkinson-White con vía accesoria lateral izquierda, se realiza un ecocardiograma en el que no se aprecia datos de cardiopatía estructural ni valvulopatías. Dado los hallazgos se decide ablación de vía accesoria de pared libre izquierda que resulta efectiva.

Evolución

Tras la ablación se realiza seguimiento en consultas de Cardiología en el que el ECG tras la ablación persiste PR corto y menor onda delta. Dada la normalidad de las pruebas complementarias tras la ablación y en la exploración, se decide alta con control por su Médico de Familia.

Conclusiones

Las palpitaciones son un síntoma muy frecuente en la consulta del Médico de Familia, por lo tanto, es fundamental conocer las posibles causas, ya que una de ellas es el síndrome de Wolff-Parkinson-White, que cursa con palpitaciones hasta un 67% de los casos. El mayor riesgo en estos pacientes se encuentra en la posibilidad de desarrollar una respuesta ventricular rápida que pueda derivar en fibrilación ventricular por lo que es fundamental el tratamiento precoz con ablación con catéter de radiofrecuencia, mucho más seguro y rentable que el tratamiento farmacológico.

Palabras Clave

Taquicardia, Síncope, Síndrome de Wolff-Parkinson-White.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Esta paciente va demasiado rápida...

Delgado Cerpa Á.¹, Perejón Fernández A² Moreno Labrado M¹

¹ Atención Social. CS Dr. Luis Taracido. Bollullos par del Condado (Huelva)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Condequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de Urgencia CS.

Motivos de consulta

Paciente que acude por palpitaciones.

Historia clínica

Mujer, 54 años, acude a urgencias de su CS, porque refiere que al despertarse de la siesta se encontraba con sensación de palpitaciones, acompañado de dolor centrotorácico opresivo, no irradiado ni acompañado de cortejo vegetativo.

Antecedentes personales: carcinoma papilar de tiroides, tratado con tiroidectomía. Menopausia hace 2 años, tras lo que comenzó con episodios de taquicardia en reposo, motivo por el que fue estudiada por Cardiólogo privado, realizándole estudio completo incluyendo Holter siendo informado cómo normal el resto del estudio. Medicación habitual: propanolol 10 mg/24 h por las noches y Eutirox 100 mcg de lunes a jueves y 88 mcc de viernes a domingo.

Aceptable estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Eupneica en reposo. Afebril. No sudorosa. ACP: rítmica, taquicardia. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, RHA conservados, Blumberg y Murphy negativos, no signos de peritonismo. MMII: pulsos conservados, no edemas ni signos sugestivos de TVP. ECG en los primeros minutos tras entrar la paciente en la consulta en el que se aprecia una taquicardia paroxística supraventricular a 227 lpm.

Se administra Adenosina 6 mg iv, tras lo que la paciente pasa a fibrilación auricular a 140 lpm. Se

administra atenolol 2.5 mg iv disminuyendo la FC a 101 lpm. Se activa DELTA para valoración y derivación a su hospital de referencia para valoración y seguimiento. En urgencias le realizan: analítica: hemograma normal; bioquímica: glucosa 140 mg/dl; troponina T 47.08 pg/ml; Radiografía de tórax: sin alteraciones. ECG en el que continua en FA a 130 lpm. Se pauta bisoprolol 5 mg.

Enfoque individual: derivación.

Enfoque familiar y comunitario: no.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fibrilación auricular de novo de cronología incierta.

Tratamiento, planes de actuación: 1. Diltiazem 60 mg/8 h. 2. Edoxaban 60 mg/24 h. Se planteará para Hospital de día por FA de novo de cronología incierta, tras haber iniciado tratamiento con diltiazem.

Evolución

La paciente pasa a observación para control de la frecuencia cardiaca. En nuevo control de troponina T su valor es de 45 pg/ml. A las 3 horas de su entrada en observación se administra diltiazem 60 mg vo, disminuyendo FC a 70-80 lpm, manteniéndose asintomática, motivo del alta.

Conclusiones

La FA es la arritmia cardiaca más frecuente.

Palabras Clave

Fibrilación Auricular.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Dolor abdominal persistente

Martín Martínez M, Cabrera Fernández S, Varo Muñoz A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal de meses de evolución.

Historia clínica

Mujer de 40 años alérgica a AINES y a metamizol, presenta desde hace 6 meses de forma intermitente dolor en fosa ilíaca izquierda acompañado de náuseas y diarrea sin productos patológicos. Niega pérdida de peso.

En la exploración se aprecia dolor en fosa ilíaca izquierda sin otras anomalías.

Se realiza analítica de sangre y orina con resultados normales. Se solicita ecografía abdominal con hallazgo de esteatosis hepática leve. Ante la persistencia del dolor abdominal al tratamiento analgésico se deriva a aparato digestivo. En dicho servicio se realiza colonoscopia y endoscopia con resultado de colitis segmentaria eosinofílica para lo que se inicia tratamiento con mesalazina. Ante el empeoramiento del dolor, se realiza TAC abdomino-pélvico con resultado de compresión de la vena renal izquierda retroaórtica y múltiples varices pélvicas parauterinas por lo que se deriva a cirugía Cardiovascular para descartar síndrome de cascanueces.

Enfoque individual: mujer de 40 años con bronquitis asmática, hipotiroidismo y síndrome ansioso.

Enfoque familiar y comunitario: padre con cáncer gástrico.

Juicio clínico: síndrome de cascanueces. Colitis eosinofílica.

Diagnóstico diferencial: cólico renal, diverticulosis.

Tratamiento, planes de actuación: en consultas de cirugía cardiovascular se confirma compresión de la vena renal izquierda y se decide inicialmente tratamiento conservador con analgesia, pero ante la persistencia de dolor abdominal intenso se decide colocación de stent en la vena renal izquierda.

Evolución

Tras la intervención, la paciente presenta mejoría sintomática continuando con dolor abdominal con mejor tolerancia. Continúa en revisión por Digestivo por la colitis eosinofílica con buen control y con cirugía Cardiovascular para valorar la evolución del Síndrome de Cascanueces.

Conclusiones

El síndrome de cascanueces se caracteriza por la compresión extrínseca de la vena renal izquierda, lo que impide su drenaje sanguíneo normal en la vena cava inferior. Clínicamente puede permanecer silente o manifestarse como episodios de hematuria macro o microscópica no siendo el caso en nuestra paciente y si acompañándose de dolor en fosa renal izquierda y dolor abdominal intenso. Es una entidad con una prevalencia desconocida por lo tanto en Atención Primaria debe buscarse en los pacientes que presentan dolor abdominal, lumbar o en flanco izquierdo en forma recurrente, episodios de hematuria recurrente o proteinuria ortostática.

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Varices, Stens.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

¡¡Ay, otra vez este dolor de pecho!!

Adame Herrojo M¹, Barbosa Cortés M², Pérez Razquin E³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. Consultorio Alonso. CS Andévalo Occidental. Huelva

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Especializada).

disección espontánea de en ADA, sin otros hallazgos.

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Enfoque familiar y comunitario: mujer adulta joven, casada, sin hijos y con empleo estable.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM; exfumadora, hipotiroidismo, migraña, SCASEST de alto riesgo por disección coronaria, que se relacionó con uso de estrógenos mediante anillo vaginal.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: IAM NON Q inferior y anterior, por disección coronaria de arteria coronaria descendente anterior.

Anamnesis: mujer de 40 años que mientras conduce sufre episodio de dolor torácico opresivo, irradiado a ESI, similar al previo de SCASEST, de 15 minutos de duración, tratándose con alprazolam y AAS con cese del dolor. Acude derivada por MF a urgencias hospitalarias.

Tratamiento, planes de actuación: Ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h, clopidogrel 75 mg/24 h, 3 meses suspender, Eutirox 25 mcg/24 h.

Enfoque individual. Exploración: BEG C y C, BHYP, eupneica, NC, no tiraje. ACR, abdomen, MMII y neurológico sin hallazgos.

Evolución

Ingreso en UCI y Cardiología, con buena evolución y cita para rehabilitación cardiaca.

Pruebas complementarias: HG, EC, GSV y BQ normales. Seriaron de toponinas: 48-405-329,9. EKG: RS a 60 lpm, ascenso ST 1 mm V3V4 que evoluciona a isquemia subepicardica anterolateral e inferior con inversión de T en II, III, AVF y V3V5. Ecocardiografía: hipoquinesia, septoapical, sin otros hallazgos. Coronariografía:

Conclusiones

La disección coronaria espontánea es una causa infrecuente de SCA, que afecta predominantemente a mujeres sin apenas FRCV, y cuya presentación varía desde angina a muerte súbita. Más excepcional es la recidiva cual es el caso.

Palabras Clave

Myocardial Infarction, Coronary Artery, Dissection.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

"No toda disnea es COVID"

Cerezo Salmerón M¹, García Onieva F², Martín Valencia A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Córdoba

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

Ámbito del caso

Ámbito rural. Consulta en Urgencias de CS.

Motivos de consulta

Mujer de 59 años que consulta por disnea de 3 días de evolución, a moderados-mínimos esfuerzos, no presentándola cuando se encuentra en reposo. Niega tos o mucosidad. No dolor torácico ni fiebre.

Historia clínica

Paciente de 59 años, natural de Santo Domingo, con antecedentes de HTA e histerectomía por útero miomatoso sin RAMC conocidas. En tratamiento con losartán y amlodipino. Niega hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares de hermana con evento trombótico en postoperatorio a los 50 años.

A la exploración destaca: obesidad, AC: tonos taquicárdicos. AP normal. En MMII presenta ligeros edemas pretibiales sin signos de TVP.

Constantes: TA 140/80 mmHg, Sat. O₂: 87-92%.

Enfoque individual: interrogando a la paciente refiere que en los últimos días ha estado más encamada sin causa justificada y los días previos había presentado dolor en gemelo izquierdo que achacaba a "tendinitis". Niega viajes prolongados o cirugías recientes. Vacunación completa contra COVID sin contacto estrecho con pacientes positivos.

Enfoque familiar y comunitario: ningún familiar presentaba misma sintomatología. Convivientes vacunados contra COVID.

Diagnóstico diferencial: COVID. Se realizó test de antígenos: negativo. Arritmia. Se realiza ECG: RS a 94 lpm con T aplanadas en precordiales. Insuficiencia cardíaca. TEP.

Tratamiento, planes de actuación: dada la sospecha de TEP, se deriva a la paciente a Urgencias Hospitalarias para ampliar estudio.

Evolución

En Hospital se realiza AngioTAC de tórax: se aprecian dos grandes trombos centrales que se extienden desde arteria pulmonar derecha hasta la izquierda cabalgando a nivel de la bifurcación. Se procede a ingreso en planta de Medicina Interna para estudio y tratamiento.

Conclusiones

Aunque nos encontramos en una situación de pandemia que nos hace pensar que toda la patología respiratoria pueda tratarse de infección por COVID, debemos tener presentes los distintos diagnósticos diferenciales que se nos presentan y hacer una buena anamnesis para enfocar correctamente el caso clínico.

Palabras Clave

Tromboembolismo Pulmonar, Trombosis Venosa Profunda, Disnea.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

La importancia de una buena sospecha cardiovascular

Álvarez Garcés S¹, Corona Verano S², Jiménez Cordero A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saucejo. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez Sánchez. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria, urgencias de atención básica y urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea, tos con expectoración verdosa y dolor centrotorácico atípico de características punzante no irradiado que aumenta en decúbito supino, los movimientos y la palpación.

Historia clínica

Varón de 43 años. Fumador de 12 cigarros al día. Exbebedor y exconsumidor de cocaína. No factores de riesgo cardiovascular conocidos. Varios episodios de lumbalgia mecánica.

Enfoque individual: el paciente acudió a su CS por tos con expectoración verdosa, estornudos, hiperemia conjuntival bilateral y mucosidad nasal destacando en la exploración crepitantes en base derecha siendo diagnosticado de neumonía y pautándose antibioterapia. Una semana después reconsulta en CS por persistencia de sintomatología y aumento de disnea hasta moderados esfuerzos junto a dolor torácico evidenciándose crepitantes bibasales motivo por el cual se le pauta cambio de antibioterapia. Dado de empeoramiento de la disnea y del dolor centro torácico el paciente acude a urgencias donde destaca palidez y frialdad cutánea, hipotensión, taquipnea y soplo pandiastólico rudo V/VI acentuado en foco aórtico irradiado a carótidas junto con crepitantes bibasales.

Enfoque familiar y comunitario. Antecedentes familiares: padre fallecido de muerte súbita a los 57 años.

Juicio clínico: disección de aorta.

Diagnóstico diferencial: isquemia miocárdica, miopericarditis, valvulopatías, enfermedades gastrointestinales, enfermedades pleuropulmonares, enfermedades musculoesqueléticas, herpes zoster, enfermedades psicósomáticas.

Petición de pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal a 80 lpm. PR normal. QRS estrecho. Bloqueo incompleto de rama derecha. No otras alteraciones. Analítica: D-Dímero 5300. Ecocordio: insuficiencia aórtica muy severa-masiva (grado IV). RX tórax: normal. AngioTAC: disección de aorta tipo A de Stanford.

Tratamiento, planes de actuación: monitorización del paciente, ingreso en observación, fluidoterapia, oxigenoterapia. Derivación del paciente a centro hospitalario de referencia para cirugía emergente.

Evolución

Favorable.

Conclusiones

El síndrome aórtico agudo puede pasar desapercibido dada su baja frecuencia por ello es importante conocer esta patología, sospecharla y hacer un buen diagnóstico diferencial. Es fundamental un diagnóstico rápido ya que es una patología tiempo-dependiente. La ecocardiografía es una técnica muy sensible para el diagnóstico pudiendo realizarse esta en Atención Primaria. El control de la presión arterial y el alivio del dolor es el manejo de urgencias más importante junto al tratamiento quirúrgico urgente

Palabras Clave

Disección de Aorta.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

"Un paciente con un gran corazón"

Uclés Peña M¹, Vázquez Montiel M², Quero Fernández N²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Adra (Almería)

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Marinas. Roquetas de Mar (Almería)

Ámbito del caso

Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta

Tos seca.

Historia clínica

Anamnesis: varón de 37 años acude a urgencias por tos no productiva de veinte días de evolución y disnea progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos. Refiere sudación nocturna y pérdida de peso no cuantificada en el último mes. Afebril.

Exploración física: TA 130/80 mmHg, FC 111 lat/min. Auscultación cardíaca: rítmico, ruidos apagados. Auscultación pulmonar: normal.

Pruebas complementarias: radiografía de tórax: cardiomegalia importante. Electrocardiograma: taquicardia sinusal a 111 lat/min. Voltajes disminuidos. PCR SARS-CoV-2: negativa. Analítica: leucopenia, resto normal. Ecocardiografía: derrame pericárdico extenso.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hepatitis B crónica. Vacunado frente a COVID19. Vive en infra-vivienda. Procedente de Malí. En España desde 2008.

Enfoque familiar y comunitario: su familia de origen vive en Malí. Convive con otros compañeros de trabajo en situación de insalubridad y hacinamiento.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neumonía comunitaria, neumonía atípica por SARS-CoV-2, tuberculosis pulmonar, derrame pericárdico severo, taponamiento cardíaco.

Tratamiento, planes de actuación: suero salino fisiológico 3.000 ml/24 h. Pericardiocentesis evacuadora.

Evolución

El paciente pasa a área de observación. En dicho lugar, el paciente comienza a tener cifras tensiones bajas junto a ingurgitación yugular. Ante la sospecha de taponamiento cardíaco se realiza pericardiocentesis evacuadora. Salida de 1,1 l de líquido serohemático. Una vez estabilizado ingresa en Medicina Interna en donde se realiza Mantoux (18mm) y se recibe el resultado del líquido pericárdico que confirma en su microbiología infección tuberculosa. Se inicia tratamiento frente tuberculosis y se procede a seguimiento por parte de la Unidad de Tuberculosis.

Conclusiones

Mientras que en los países desarrollados hasta el 50% de los derrames pericárdicos son de etiología idiopática (y en menor medida infecciones, neoplasias, enfermedades del tejido conectivo o iatrogénicos). En los países subdesarrollados la etiología más frecuente es la tuberculosis. Los síntomas que nos hacían sospechar derrame pericárdico era la disnea de esfuerzo y tos de larga evolución debido a la compresión del N. Laríngeo recurrente. El taponamiento cardíaco se considera una emergencia médica. El tratamiento consiste principalmente en administración abundante de fluidos y drenaje del líquido pericárdico. Los diuréticos están contraindicados.

Palabras Clave

Pericardial Effusion, Cardiac Tamponade, Pericarditis, Tuberculosis.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Orientación diagnóstica de paciente con edemas generalizados

Tena López J¹, Moreno Cruz M¹, Serrano Vázquez P²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan de Aznalfarache. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 60 años que acude por edemas generalizados.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMC. HTA, DM2, sobrepeso. Medicación: candesartán 32 mg/24 h, Metformina 850 mg/12h. Enfermedad actual: aumento de peso con edematización progresiva de miembros inferiores de unas dos semanas de evolución con disminución de diuresis y disnea progresiva.

Exploración: aceptable estado general, eupneico y afebril. Tensión arterial 135/85 mmHg, bien perfundido, no sudoroso. Corazón rítmico a 80 lpm, sin soplos, crepitantes bibasales. Ausencia de ingurgitación yugular. No ascitis, megalias o reflujo hepatoyugular. Miembros inferiores edematizados hasta raíz con fóvea.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. Sin alteraciones. Tira reactiva de orina: presencia de proteínas.

Enfoque individual: las causas más frecuentes de edemas generalizados son: 1) Insuficiencia cardiaca. 2) Cirrosis hepática. 3) Enfermedad renal. Otras causas de menor frecuencia son: obstrucción del retorno linfático, hipoalbuminemia, edema cíclico idiopático, determinados fármacos (antagonistas del calcio o corticoides).

Pruebas complementarias (ingreso): analítica: creatinina 2.89 mg/dl, filtrado glomerular 24 ml/min (basales en torno a 60), albúmina 2.9 g/dl, proteínas totales 5.3 g/dl, colesterol 134 mg/dl, TG 290 mg/dl. Hb1Ac: 6.9%. BNP 47 pg/ml. Orina de 24 h: proteínas 9992 mg/24 h.

Ecografía abdominal: sin alteraciones. *Ecocardiografía:* HVI moderada con FEVI preservada. Sin datos de hipertensión pulmonar. *Biopsia renal:* hialinosis segmentaria sobre glomeruloesclerosis diabética tipo IV.

Enfoque familiar y comunitario: Ámbito familiar en medio rural con escasa frecuentación, consultando dos semanas después del inicio de los síntomas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome nefrótico secundario a nefropatía diabética.

Tratamiento, planes de actuación: dieta estricta sin sal. Tratamiento deplectivo con furosemida y albúmina intravenosa.

Evolución

Favorable, pérdida de peso (unos 20 kg). Desaparición de edemas, con buen control glucémico y tensional. Recuperación de las cifras basales de filtrado glomerular.

Conclusiones

La aparición de edemas generalizados obliga a realizar un amplio diagnóstico diferencial. Es crucial la exploración física (ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular, ascitis, megalias, soplos o crepitantes), así como apoyarnos en dos pruebas de interés: la presencia de proteínas en orina (orienta a origen renal) y péptido natriurético (con un valor predictivo negativo alto, su normalidad hace que podamos descartar de forma razonable la insuficiencia cardiaca como origen). Es importante el seguimiento en el peso, presión arterial y glucemias por parte de Atención Primaria.

Palabras Clave

Edemas Generalizados, Proteinuria.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Al borde del colapso...

Pérez Peis G¹, Gamiz Gamiz L¹, Guzmán Moreno C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalquivir. Córdoba

² Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Guadalquivir. Córdoba

Ámbito del caso

CS y Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Disnea, edematización de miembros inferiores y astenia de un mes de evolución.

Historia clínica

Mujer de 65 años con antecedentes de asma bronquial, fibrilación auricular paroxística, hipotiroidismo y un linfoma no Hodgking B en remisión que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por el motivo de consulta descrito. Además, refiere empeoramiento de su ortopnea habitual, dolor centro torácico con irradiación interescapular y sensación de palpitations.

Enfoque individual: en nuestra exploración, la paciente tiene una TA 100/80 mmHg con una auscultación cardiaca rítmica a 95 lpm sin apreciar roce pericárdico. Ingurgitación yugular importante. El abdomen era doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con hepatomegalia dolorosa. En miembros inferiores destacaba edemas con fóvea. Por este motivo, la paciente acudió en cuatro ocasiones a urgencias en el último mes y fue tratada de forma sintomática con diuréticos. Ante el aumento de la disnea y episodio de presíncope, revisamos informes y pruebas complementarias, además de solicitar una radiografía de tórax urgente en nuestro centro. Comparando las radiografías previas, se aprecia un aumento de la silueta cardiaca progresiva a lo largo del mes, además de ir adoptando una silueta en forma de cantimplora. Derivamos de forma urgente al

hospital ante la sospecha de un derrame pericárdico grave y probable taponamiento cardiaco. En urgencias, el cardiólogo de guardia realiza una ecoscopia donde se aprecia un compromiso en el llenado diastólico de cavidades derechas con un gran derrame circunferencial.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: sospecha de un derrame pericárdico grave y probable taponamiento cardiaco. insuficiencia cardiaca descompensada con componente derecho.

Tratamiento, planes de actuación: pericardiocentesis.

Evolución

La paciente es ingresada en el servicio de cardiología para pericardiocentesis, la cual se complica con la perforación del ventrículo derecho, por lo que se intervino de forma urgente. Se realiza una ventana pericárdica para el drenaje y el estudio anatomopatológico objetivó una infiltración del linfoma, siendo la causa del derrame pericárdico.

Conclusiones

La accesibilidad de pruebas diagnósticas en Atención Primaria ayudó a establecer una alta sospecha de una patología que puso en compromiso la vida de la paciente.

Palabras Clave

Disnea, Derrame Pericárdico, Taponamiento Cardiaco.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Bigeminismo ventricular en paciente con cardiopatía isquémica previa

Borralló Uclés J¹, García Garnica J¹, Espinosa Contreras F²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)

Ámbito del caso

Consulta.

Motivos de consulta

Paciente que acude por dolor torácico atípico desde las 12:30 de la mañana cuando ha ido a pasear. refiere como una ligera molestia centrotorácica que se irradia, hacia hombro izquierdo desde entonces con un EVA 2/10. Niega náuseas y vómitos y otros signos de vegetalismo, El paciente refiere adicionalmente que se encuentra muy "flojo" y tembloroso desde que aumento la dosis de bisoprolol de 1,5 mg a 2,5 mg.

Historia clínica

Paciente de 70 años, sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: diabetes Mellitus 2, dislipemia, poliartritis, enfermedad Renal Crónica estadio III, prótesis biológica de válvula aortica, NYHA IV, revascularización coronaria por enfermedad de DA y CX, con bloqueo completo de rama izquierda. En tratamiento domiciliario con: olmesartán 40 mg/amlodipino 5 mg/hidroclorotiazida 25 mg. Atorvastatina 80 mg/ezetimiba 10 mg, insulina, metformina, eplerenona, AAS y bisoprolol 2,5 mg.

Enfoque individual: estado general conservado. Consciente y orientado. Normohidratado. Eupneico. No ictericia de piel y mucosas.

Enfoque familiar y comunitario: auscultación cardiorrespiratoria: ventilación simétrica sin sibilantes ni roncus. No crepitantes. Soplo sistólico predominante en foco aórtico. Ligera molestia a la digitopresión torácica: abdomen blando y depresible sin organomegalias. No masas pulsátiles palpables. No edemas en miembros inferiores. Pulsos simétricos en

extremidades superiores. Pulsos en extremidades inferiores presentes y simétricos.

ECG: ritmo sinusal normal con extrasístoles ventriculares con morfología de bigeminismo, alteraciones secundarias de la repolarización.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: bigeminismo ventricular en paciente con cardiopatía isquémica.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a urgencias hospitalarias para valoración y control.

Evolución

Análítica: hemograma: Hb 16.4 HTO 50.1 plaquetas 250000. Leucocitosis 1287000 con neutrofilia 9270. Coagulación en rango. BQ: glucosa 105 Urea 90 Cr 1.17. PCR 0.9 procalcitonina 0.32 TROPONINA 25.2 pro BNP 543 (Sin cambios respecto a previas). RX tórax: sin cambios significativos respecto a previas. Se realiza interconsulta con cardiología que aumentan la dosis de bisoprolol de 2,5 a 5 mg. Alcanzando un ritmo sinusal en consulta a los 7 días. Tras una semana control por su médico en el que aporta mejoría y electrocardiograma sinusal a 70 lpm con cambios en la repolarización ya descritos. Con extrasístoles aisladas.

Conclusiones

Riesgo de taquicardia ventricular, manejar la dosis de b-bloqueantes, se convierte en fundamental para lograr la estabilidad clínica y hemodinámica de estos pacientes

Palabras Clave

Bigeminismo, Arritmia, Enfermedad Cardiovascular.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Disnea en paciente con hábito enólico. No todo es lo que parece

González Vico C¹, Castillo Jimena M², Madrid Martos M³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. Campillos (Málaga)

² Médico de Familia. CS Campillos. AGS Norte de Málaga. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campillos. AGS Norte de Málaga. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Disnea progresiva de un año de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos tras deterioro brusco hace 2 semanas y edemas hasta rodillas, sin ortopnea ni taquipnea.

Enfoque individual. Antecedentes personales: varón de 68 años, fumador de 30 paquetes/año, bebedor semanal de 42 unidades. Dislipemia, trastorno psicótico paranoide controlado, independiente en sus cuidados. Tratamiento: anoro Ellipta 1/24 h.

Exploración: buen estado general, sin ictericia. Moderada disnea en consulta. Saturación basal 76% en decúbito y 83% en sedestación. Ingurgitación yugular a 90° sin reflejo hepatoyugular. Auscultación cardio-pulmonar taquicárdica, sin soplos con hipofonesis generalizada sin crepitantes. Abdomen con hepatomegalia de 2-3 dedos y dudosa esplenomegalia. Edemas simétricos hasta rodilla con fóvea sin signos de trombosis.

Pruebas complementarias: analítica anodina con bilirrubina total a 2.25 mg/dl y bilirrubina directa a 0.68 mg/dl. Se realiza en consulta ecografía abdominal: hígado con patrón normal sin lesiones ocupantes de espacios ni dilatación de vías biliares.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte familiar. Acude a consulta acompañado de su mujer e hija.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: insuficiencia

cardiaca aguda a descartar miocardiopatía enólica. Hepatopatía de origen enólico vs Hepatopatía congestiva.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a urgencias hospitalaria debido a mala tolerancia de síntomas. Ingresa por insuficiencia cardiaca aguda por miocardiopatía enólica como principal sospecha diagnóstica.

Evolución

Electrocardiograma: flutter de conducción variable. Ecocardiograma: función sistólica global conservada, sin dilatación de las cavidades izquierdas. Cavidades derechas dilatadas, ventrículo derecho ligeramente hipertrófico y contractilidad limítrofe. Datos indirectos de hipertensión pulmonar. Analítica: serología hepática negativa, Pro-BNP 1730 pg/ml y disminución de bilirrubina total a 1.79 mg/dl. Radiografía de tórax: signos de atrapamiento aéreo, sin signos de congestión. Diagnóstico al alta: flutter de novo con insuficiencia cardiaca aguda de predominio derecho, cor pulmonale e Insuficiencia Respiratoria Crónica global en probable relación a EPOC no diagnosticado. Se acordó con el paciente el abandono del hábito tabáquico y enólico. Tratamiento al alta: spiolto 2 inh/24 h, furosemida 40 mg/24 h, apixaban 5 mg/12h y omeprazol 20 mg/24 h. Pendiente de diagnóstico funcional de EPOC.

Conclusiones

Ante un paciente con hábito enólico es importante realizar una búsqueda activa de patologías relacionadas con el alcohol. Esto no debe hacernos obviar otros agentes causales que expliquen igualmente el cuadro.

Palabras Clave

Atención Primaria de Salud (Primary Health Care), Insuficiencia Cardíaca (Heart Failure), Alcoholismo (Alcoholism).

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Disnea en paciente joven

Montoya Fernández M¹, Flores Soto M², Herrada Díaz E²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria en el CS Ejido Norte. Almería

Ámbito del caso

Box de críticos del servicio urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Se trata de una mujer de 38 años que es traída por equipo médico (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) sobre las 2 am por dificultad respiratoria de 2 días de evolución que ha ido en aumento hasta hacerse de reposo. Niega dolor torácico, fiebre, tos y otra sintomatología. Se ha administrado corticoterapia y diuréticos intravenosos y por vía inhalatoria broncodilatadores y corticoides en cámara con escasa mejoría.

Enfoque individual: natural de Guinea Ecuatorial, en España desde hace 20 años. Enfermedades previas: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico y dislipemia. Sin otros antecedentes de interés. No consta tratamiento antihipertensivo en receta electrónica pero paciente refiere sí lo toma.

Exploración a su llegada: mal estado general, taquipneica, no tolera decúbito. Saturación de oxígeno de 80% con mascarilla con reservorio. Tensión arterial 210/130 mmHg. Destaca la auscultación pulmonar con respiración superficial, sibilantes dispersos, roncus y ruidos de transmisión en todos los campos.

Pruebas complementarias en box de críticos: radiografía de tórax: cardiomegalia con infiltrado alveolointersticial bilateral.

Enfoque familiar y comunitario: no valorado en críticos.

Juicio clínico: edema agudo de pulmón. Emergencia hipertensiva.

Diagnóstico diferencial: crisis asmática, neumonía grave por COVID-19.

Tratamiento, planes de actuación: en box de críticos se intensificó tratamiento deplectivo con furosemida, perfusión de nitroglicerina iv y mórfico iv.

Evolución

Franca mejoría tras tratamiento, con normalización cifras tensionales y buen ritmo de diuresis. Permaneció en área de observación, posteriormente ingresó en planta de Cardiología. Se descartó hipertensión secundaria y se constató hipertrofia severa del ventrículo izquierdo con fracción de eyección en límite bajo normalidad. Se reajustó tratamiento para el control tensional y se inició bisoprolol y furosemida.

Conclusiones

La hipertensión arterial es más frecuente, aparece en edades más tempranas y suele ser más severa en la etnia subsahariana. Se cree que los determinantes sociales están en relación con la etiología. Donde no hay duda de la relevancia de estos determinantes es en la prevención secundaria y en el control de factores de riesgo cardiovascular; funciones que realizamos desde la consulta de familia -procurando aplicar la ley de cuidados inversos- para intentar evitar complicaciones como la del presente caso.

Palabras Clave

Dyspnea, Pulmonary Edema, Hypertension.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Dolor torácico en paciente joven

García Medero S¹, Medero Canela R², Gil Muñoz J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

² Médico de Familia. UJDD MFyC Huelva

³ Fisioterapeuta. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor torácico, fiebre, odinofagia.

Historia clínica

Paciente varón de 22 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento actual, que acude a urgencias por dolor precordial de 24 horas de evolución que empeora con las inspiraciones profundas y mejora con la flexión del tronco. No cortejo vegetativo. Además, asocia odinofagia y otros síntomas catarrales (tos, rinorrea...) de 3 días de evolución junto con fiebre de hasta 38°C. No vómitos, ni diarrea.

Enfoque individual: a la auscultación cardiopulmonar tonos rítmicos sin soplos, con dudoso roce. Orofaringe hiperémica sin placas ni exudados. Resto de exploración anodina. En ECG se observa ritmo sinusal a 78 lpm con elevación del ST en derivaciones V2-V5. No otras alteraciones.

Se solicita analítica sanguínea con marcadores cardiacos, resultandos negativos. No leucocitosis ni otros datos inflamatorios. En radiografía de tórax: índice cardiorácico normal, sin observarse condensaciones. Senos costofrénicos libres. Se realiza test de antígenos para COVID 19, siendo negativo.

Enfoque familiar y comunitario: la pericarditis aguda suele ser de etiología vírica que generalmente no precisa estudio etiológico. Es

común que se acompañe de un proceso catarral previo o concomitante.

Juicio clínico: pericarditis.

Diagnóstico diferencial: SCA, pericarditis, aneurisma disecante de aorta, neumotórax... Según el resultado de las pruebas complementarias y la anamnesis y exploración del paciente, se descarta daño miocárdico o pulmonar.

Tratamiento, planes de actuación: el tratamiento es sintomático, incluyendo reposo y antiinflamatorios no esteroideos y omeprazol. El tratamiento debe mantenerse al menos 30 días, con disminución de la dosis inicial a los 15 días. En caso de mala respuesta, se podría añadir corticoides en pauta descendente.

Evolución

Suele ser favorable, recidivando en un pequeño porcentaje de pacientes, que podría requerir tratamiento con colchicina.

Conclusiones

Si el paciente no reúne criterios de ingreso hospitalario, es importante la labor de seguimiento de la evolución por parte de Atención Primaria, en la cual se deben identificar posibles recurrencias o mala evolución. Desde AP se irá redirigiendo el tratamiento según la evolución de la patología.

Palabras Clave

Pericarditis, Dolor Torácico, Electrocardiograma.

ÁREA: CARDIOVASCULAR

Fibrilación auricular en Atención Primaria

Llamas Damián M¹, Sanchez Madrid M¹, Ortiz Frías J²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Linarejos. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bailén. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Palpitaciones.

Historia clínica

Consulta por primera vez por palpitaciones de inicio brusco que se desencadenan sin patrón definido, acompañadas de disnea. Sin cortejo vegetativo. Refiere episodios previos similares de menor duración que no han sido estudiados. No episodios sincopales.

Enfoque individual: mujer de 75 años. Alérgica a tramadol y moxifloxacino.

Antecedentes personales de hipertensión arterial, glaucoma crónico, trombopenia e intervenida de prótesis de cadera derecha e histerectomía. Hábitos tóxicos: no refiere. En tratamiento con losartán/hidroclorotiazida, timolol/travoprost colirio, alprazolam, brinzolamida colirio y omeprazol.

Auscultación cardiorrespiratoria arrítmica sin soplos. Miembros inferiores sin signos de TVP. Saturación de oxígeno 99%. T^a 36.2°C. TA 190/11 mmHg. FC: 120 lpm. Se realizó ECG donde se evidenció fibrilación auricular a 123 lpm, sin otras alteraciones, RX de tórax sin hallazgos significativos, en la analítica destaca hipopotasemia leve, resto dentro de la normalidad.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido. IABVD.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fibrilación auricular. Ansiedad, hipertiroidismo, TEP. En la situación actual de pandemia, observamos la importancia de la visita presencial del paciente, siendo capaces de realizar un diagnóstico de presunción con la exploración física y la confirmación con pruebas complementarias accesibles y disponibles en Atención Primaria.

Tratamiento, planes de actuación: tras diagnosticar la fibrilación auricular, se emplean las escalas CHAD-VASC₂ y HAS-BLED para comprobar necesidad de anticoagulación y riesgo de sangrado. Se procede a anticoagulación con acenocumarol y control de frecuencia cardiaca con bisoprolol. Se deriva a consultas de cardiología.

Evolución

En consulta de cardiología se realizó ecocardiograma que reveló ausencia de cardiopatía estructural, FEVI conservada, se cambió tratamiento anticoagulante a edoxabán y se mantuvo el betabloqueante.

Conclusiones

El manejo de las escalas de anticoagulación es fundamental para un correcto manejo de inicio en arritmias cardiacas, como la fibrilación auricular, en Atención Primaria, para evitar efectos adversos indeseados de este tipo de patologías, como por ejemplo la TVP o el TEP.

Palabras Clave

Fibrilación Auricular, Arritmia, Taquicardia.

ÁREA: COMUNICACIÓN/TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

“¿Por qué me ha visto el médico del corazón?”

Adame Herrojo M¹, Pérez Razquin E², Quilez Cutillas E³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

Ámbito del caso

Servicio de Urgencia Hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: FRCV: HTA, no DM, ni dislipemia. FA paroxística en 2014. Ingresada en dos ocasiones por dolor torácico no isquémico. Independiente para las ABVD.

Anamnesis: paciente que acude al servicio de Urgencias y refiere dolor abdominal de más de 24 horas de evolución, asociado a sudoración y náuseas con dos episodios de vómitos alimenticios. Afebril. Acudió el día anterior al servicio de urgencias por dolor centrotorácico con ingreso en planta de Cardiología por bradicardia sintomática, dada de alta tras descartar SCA.

Enfoque individual. Exploración: TA: 147/73; Sat. O₂ 99% a/a; FC: 54 lpm; T^a 36.6°. AC: tonos rítmicos sin soplos. MVC. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada, más intenso en epigastrio. No signos de irritación peritoneal, ni hernias ni megalias. RHA presentes.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma: normalidad en las 3 series. Coagulación: normal. Bioquímica: gluc 188, Cr 0.85, BT 1.92, BD 1.61, LDH 565, AST 535, ALT 290, Lipasa 5729, amilasa 1986, Na 137, K 4, PCR 2.8.

Enfoque familiar y comunitario: casada con buen soporte familiar, nivel socio-económico medio-bajo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: pancreatitis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en planta de Digestivo.

Evolución

Evolución favorable.

Conclusiones

Para orientar la exploración y las pruebas complementarias es fundamental la realización de una buena anamnesis. Es importante indagar sobre lo que el paciente nos quiere transmitir no solo con la comunicación verbal sino también con la comunicación gestual (por ejemplo, hacia donde se lleva la mano señalando la localización del dolor). En este caso el nivel socio-económico de la paciente dificultaba la comunicación médico-paciente, lo que llevó desde un inicio a una incorrecta orientación clínica, orientando el caso como un dolor torácico en lugar de un dolor abdominal. Motivo por el cual, el médico debe conocer las habilidades y los modelos básicos de comunicación para dirigir la entrevista clínica, y con ello, orientar la exploración y disminuir la realización de pruebas diagnósticas innecesarias y que puedan llevar a algún error diagnóstico/terapéutico.

Palabras Clave

Medicina Familiar, Comunicación Médico-Paciente.

ÁREA: CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Enfermedad oncológica metastásica y cuidados paliativos en atención primaria

Díaz Amorín A¹, Fernández Bonilla C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² Médico de Familia. CS Nuestra Señora del Castillo, Lebrija (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tos, disnea y expectoración herrumbrosa.

Historia clínica

Varón de 71 años que consulta telefónicamente con su MAP durante la pandemia de COVID-19 por tos, disnea y expectoración herrumbrosa de una semana de evolución. Es citado presencialmente.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas. Fumador de 65 paquetes/año. EPOC GOLD 2, diabetes mellitus tipo 2. Realiza tratamiento con LAMA/LABA y metformina.

Exploración física: eupneico, saturando a 98%, afebril. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia, disminución generalizada del murmullo vesicular y crepitantes bibasales.

EKG: ritmo sinusal a 90 lpm, QRS estrecho, eje normal, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: imagen cavitada en segmento anterior del LSD, con atrapamiento aéreo y enfisema. Test de antígenos SARS-COV 2: negativo.

Ante los hallazgos encontrados, se deriva al hospital de referencia donde se realiza TAC de tórax que muestra masa cavitada de 6 x 5 cm en segmento anterior de LSD y adenopatía paratraqueal derecha. Posteriormente, la fibrobroncoscopia y PET-TC confirman el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón metastásico estadio IV (masa cavitada LSD, adenopatías mediastínicas, M1 óseas).

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear con parientes próximos, etapa V (final de la contracción), fase centrífuga del ciclo vital familiar (familia normofuncional). Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: adenocarcinoma de pulmón metastásico. Se planteó el diagnóstico diferencial con absceso pulmonar y, como diagnósticos menos probables, caverna tuberculosa y neumonía cavitada.

Tratamiento, planes de actuación: el paciente ingresó en Oncología iniciando tratamiento paliativo con pembrolizumab.

Evolución

En pocos meses, empeora progresivamente con mal control del dolor y disnea de mínimos esfuerzos, requiriendo elevadas dosis de morfínicos. Bajo seguimiento de su equipo de Atención Primaria, pasa en domicilio sus últimos días, siendo necesario el uso de un infusor subcutáneo con cloruro morfínico, butilescopolamina y midazolam para controlar sintomatología hasta su exitus.

Conclusiones

La vía subcutánea es la vía de elección como alternativa a la vía oral en los cuidados paliativos domiciliarios debido a su baja incidencia de complicaciones y la posibilidad de instruir a familiares en su uso. Por esta vía se pueden administrar fármacos hidrosolubles en infusión continua mediante bombas o de manera intermitente mediante palomita.

Palabras Clave

Lung Neoplasms, Palliative Care, Primary Care.

ÁREA: CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Regalar un bonito final

Domínguez Fernández Y¹, Luque de Ingunza M²

¹ Médico de Familia. CS Utrera Sur. Hospital de Valme. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Nos encontramos con una paciente de 89 años que comienza con un deterioro del estado general agudo. Se trata de una paciente con FFSS conservadas pero una dependencia moderada-grave para ABVD. No sale a la calle desde hace años. Cuidada por sus cuatro hijas en domicilio. No hay causa aparente del cuadro.

Motivos de consulta

Consultan las hijas cuidadoras de la paciente por encontrarla muy decaída y deteriorada, en 7 días no es capaz de levantarse y ha perdido apetito y 5 kg de peso. No fiebre. No disnea.

Historia clínica

Se trata de una paciente pluripatológica: HTA, DSL, IC descompensada, FA anticoagulada con apixaban, insuficiencia venosa grave, IRC y dependencia morada-grave para ABVD. Vida cama-sillón.

Enfoque individual: se plantea con las hijas opciones. Se realiza analítica en domicilio que oriente el cuadro de deterioro. Resultados: test Ag Sars-CoV 2 negativo. Sistemático de orina: negativo. Analítica: leucocitosis con neutrofilia, marcadores tumorales con Ca 125 >9000, enzimas hepáticas elevadas y calcio alto.

Enfoque familiar y comunitario: se comenta vía telefónica con MIN del CHARE y se sospecha como causa principal neoplasia oncológica avanzada, sin poderse descartar sepsis u otro motivo.

Juicio clínico: sospecha principal enfermedad oncológica avanzada con metástasis.

Diagnóstico diferencial: sepsis de origen urinario o sepsis de origen abdominal.

Tratamiento, planes de actuación: se plantea con las hijas los resultados y se interroga sobre los deseos de las pacientes. La paciente sin ningún tipo de deterioro cognitivo se niega a desplazamiento a centro hospitalario. Se acepta y respeta esta decisión por las hijas. No continuamos ningún estudio y nos limitamos a atender los síntomas de la paciente en domicilio.

Evolución

Se programa dos visitar a la semana para atender a la paciente que comienza con dolor e inquietud. Comenzamos morfina oral y se canaliza vía subcutánea para bolos de midazolam ante inquietud.

Conclusiones

Finalmente fallece tres semanas después del proceso en domicilio. Sin dolor, síntomas bien controlados y la alegría de la familia de respetar los deseos de la madre y que haya fallecido en su domicilio y rodeada de personas queridas.

Palabras Clave

Enfermedad Terminal, Cuidados Paliativos, Atención en Domicilio, Calidad Asistencial, Enfermedad Avanzada, Paciente Anciano.

ÁREA: CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Especial atención al dolor de difícil control

Eliche Mozas M¹, Cubillas Quero A², González Romero R³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta de Madrid. Andújar (Jaén)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José, Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Dorso lumbalgar refractaria a tratamiento.

Historia clínica

Mujer de 81 años que reconsultó en múltiples ocasiones por dolor dorsolumbar que aumentó progresivamente de intensidad y asociaba clínica miccional y picos febriles eventuales. Se pautó antibioterapia y analgesia sin conseguir control total del dolor.

Enfoque individual: paciente con antecedentes de infecciones del tracto urinario de repetición, osteoporosis y espondiloartrosis que comienza con sintomatología miccional, febrícula y dolor dorsolumbar aparentemente mecánico, sin traumatismo previo. Reconsultó por dicho motivo en múltiples ocasiones tanto en Atención Primaria como en Urgencias con exploración física y pruebas complementarias (analíticas, radiografía de abdomen y ecografías) sin hallazgos relevantes, destacando sólo un urocultivo positivo por lo que se pautó antibioterapia dirigida.

Ante la multitud de consultas telefónicas y domiciliarias por dolor continuo y de difícil control (EVA 10) que llegó a precisar analgesia hasta de tercer escalón, se solicitó desde Atención Primaria radiografía dorsolumbar. En ella se apreció una masa paravertebral izquierda adyacente a D7-D9 y acúñamiento degenerativo en D10. En dicho momento, se derivó a Urgencias hospitalarias para completar estudio.

Allí, tras la anamnesis y exploración se solicitaron pruebas complementarias urgentes, entre ellas TAC de tórax y abdomen con contraste intravenoso en el que se evidenció una masa sólida de aspecto neoplásico en mediastino

posterior, paravertebral izquierda, adenopatía patológica paraesofágica y nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de metástasis.

Enfoque familiar y comunitario: viuda, independiente para ABVD. Gran soporte familiar y comunitario.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: diagnóstico: neoplasia mesenquimal paravertebral.

Diagnóstico diferencial: progresión de espondiloartrosis, fractura osteoporótica dorsolumbar, pielonefritis, cólico renoureteral o neoplasia.

Tratamiento, planes de actuación: ante el hallazgo del TAC, se decidió ingreso hospitalario para completar estudio, realizando BAG con resultado de neoplasia maligna mesenquimal de alto grado, sin conseguir diagnóstico completo. Posteriormente, la paciente fue valorada por Oncología radioterápica y médica que debido a su performance status (PS) 2-3 se decidió, tras consensuar con paciente y familia, tratamiento paliativo.

Evolución

Pendiente de cita en Oncología para nueva valoración. Control paliativo desde Atención Primaria.

Conclusiones

Este caso pone de manifiesto la importancia de completar estudio y descartar patología sobreañadida a la situación basal del paciente ante un dolor refractario de instauración rápida y difícil control.

Palabras Clave

Intractable Pain, Oncology Pain, Mediastinal Neoplasms.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Salud bucodental y general: no son esferas independientes

Martín Martínez M, Cabrera Fernández S, Cardoso Cabelo D,

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesiones induradas en miembros inferiores.

Historia clínica

Mujer de 30 años sin antecedentes familiares ni personales de interés que presenta desde hace 2 meses lesiones induradas en miembros inferiores compatibles con paniculitis. Tres semanas antes acudió a urgencias de CS por odontalgia y flemón dentario para lo que fue tratada con amoxicilina, en otras ocasiones ha tomado dicho antibiótico sin incidencias.

Exploración: lesiones induradas ligeramente eritematosas en miembros inferiores. Múltiples piezas dentarias cariadas y fragmentadas. Se realiza radiografía de tórax con resultado normal, prueba de Mantoux negativo y analítica con resultados normales salvo reactantes de fase aguda elevados (VSG 27 y PCR 13). Dado estos hallazgos se decide derivación a Medicina Interna para estudio.

Enfoque individual: mujer de 30 años en situación de desempleo. Múltiples consultas por odontalgia.

Enfoque familiar y comunitario: bajo nivel económico. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico: eritema nudoso.

Diagnóstico diferencial: eritema indurado de Bazin, tromboflebitis superficial y celulitis.

Tratamiento, planes de actuación: en consultas de Medicina Interna se realiza biopsia de las lesiones donde se confirma el diagnóstico de eritema nudoso. Se amplía analítica con serología de hepatitis y autoanticuerpos de celiaquía negativos. Para orientar sobre la etiología y dados los antecedentes dentarios de la paciente, se realiza TAC de senos paranasales donde se observan múltiples quistes radicales secundarios a enfermedad periodontal severa con caries en la mayoría de las piezas dentarias. Para el tratamiento se indica tratamiento odontológico intensivo y para las lesiones se indica Dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas si tiene dolor.

Evolución

En las posteriores revisiones la paciente refiere mejoría de la enfermedad periodontal y la reaparición en una sola ocasión de las lesiones con resolución hace 2 meses. Se procede al alta de Medicina Interna con indicación de volver si reaparición del eritema nudoso.

Conclusiones

El eritema nodoso es el tipo más frecuente de paniculitis por lo que es importante identificarlo en Atención Primaria donde debemos llevar a cabo un diagnóstico diferencial, aunque su presentación clínica no suele dejar dudas para el diagnóstico. Desde Atención Primaria, además del diagnóstico es fundamental la búsqueda de la etiología, a pesar de un elevado porcentaje de origen idiopático, mediante el uso de las pruebas complementarias necesarias.

Palabras Clave

Periodontitis, Paniculitis, Eritema Nudoso.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Lesiones cutáneas

Delgado Cerpa A¹, Perejón Fernández A², Moreno Labrado M¹

¹ Atención Social. Dr. Luis Taracido. Bollullos par del Condado (Huelva)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Condequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesión verrugosa de 2 años de evolución en cara posterior de miembro inferior derecho.

Historia clínica

Se realiza la exploración de la paciente en consulta objetivando una lesión nodular, de consistencia dura, redondeada, bien delimitada, sin signos inflamatorios, umbilicada, con cuerno cutáneo, localizada en zona central de gemelo derecho. Es una paciente mujer, ama de casa, vive con su marido y no ha tenido cambios en su vida habitual. No recuerda si previo a la lesión presentó traumatismo por el largo periodo de evolución (2 años).

Enfoque individual: exploración, impresión diagnóstica de queratoacantoma.

Enfoque familiar y comunitario: consulta de telederma CCSS. Consulta de Dermatología hospitalaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: queratoacantoma.

Tratamiento, planes de actuación: extirpación completa de la lesión.

Evolución

Sin complicaciones.

Conclusiones

Los queratoacantomas son nódulos redondos, firmes, de color piel, con bordes claramente delimitados y con un cráter central característico con contenido de queratina; suelen resolver en forma espontánea, pero algunos pueden ser una forma bien diferenciada de carcinoma espinocelular. La etiología del queratoacantoma se desconoce. La mayoría de los autores considera que estas lesiones son carcinomas epidermoides bien diferenciados con tendencia a involucionar. El desarrollo es rápido. Su diagnóstico es a través de biopsia o resección. El tratamiento es la cirugía o inyecciones de metotrexato o 5-fluorouracilo.

Palabras Clave

Queratoacantoma, Dermatología.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Doctora... mire lo que tengo en las piernas

Delgado Cerpa A, Moreno Labrado M

Atención Social. Dr. Luis Taracido. Bollullos par del Condado (Huelva)

Ámbito del caso

Consulta Atención Primaria.

Motivos de consulta

“Bultos” en las piernas que son dolorosos al tacto y en ocasiones pruriginosos, que mejoran y casi desaparecen en días, pero aparecen otras nuevas de similares características.

Historia clínica

Mujer de 26 años, embarazada, tras tratamiento de fertilidad. No ha presentado fiebre, dolor articular, ni otra sintomatología, siendo la anamnesis por aparatos negativa. Durante este primer trimestre de gestación ha presentado un cuadro de infección del tracto urinario resuelto con antibioterapia. Niega antecedentes médicos de interés, aunque refiere que hace unos 2 años realizó tratamiento de fertilidad sin conseguir gestación y que presentó alguna lesión similar resuelta sin precisar atención médica.

Enfoque individual. Exploración en consulta: tumoraciones nodulares, redondeadas, calientes,

enrojecidas, consistencia dura, dolorosas a la palpación en ambas caras pretibiales. No lesiones en otra localización. No signos de artritis, ni otros hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: embarazada en seguimiento por matrona y ginecólogo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: eritema nodoso.

Tratamiento, planes de actuación: prednisona 5 mg/24 h, que se reduce a cada 48 h a los 3 meses.

Evolución

Resolución de lesiones. Paciente asintomática.

Conclusiones

Enfermedad típica de mujeres jóvenes. Causa más frecuente idiopática. En ocasiones se relaciona con el embarazo.

Palabras Clave

Eritema Nodoso, Dermatología, Embarazo.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Tiña parece, tiña no es

Fernández Mercado F¹, Sánchez Bonilla E¹, Cueto Camarero M²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

² Médico de Familia. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Medicina familiar y comunitaria-Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor y mácula en región dorsal.

Historia clínica

Enfermedad Actual: mácula hiperpigmentada pruriginosa, de seis meses de evolución en región escapular derecha, acompañado de hipoestesia y alodinia que comenzó una semana después de una faringoamigdalitis tratada con penicilina oral.

Enfoque individual: mujer de 54 años. Profesión: peluquera.

Antecedentes personales: alergias: codeína. Dermatomicosis de repetición. Artrosis cervicotorácica. Rizartrrosis. Discopatía T4-T6. Contracturas cervicotorácicas de repetición. No hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración: consciente y orientada, BEG, eupneica, afebril, normohidratada, normoperfundida. Apofisalgias y contracturas paravertebrales cervicotorácicas. Resto de exploración neurovascular anodina. Mácula mal delimitada hiperocrómica, dolorosa de 5x5 cm en región escapular derecha. Signo de la uñada negativo.

Analítica de sangre: hemograma normal, coagulación normal, VSG y PCR normal, perfil tiroideo normal, HbA1C: 5.7%. RX columna: signos degenerativos artrósicos en columna cervicotorácica. Hiperlordosis cervical compensada con hipercifosis torácica. RMN: protusión discal a nivel de T4-T5 y T5-T6.

Enfoque familiar y comunitario: es una patología de muy baja prevalencia en AP por lo que

fácilmente puede ser confundida con patologías más prevalentes en AP como una tiña corporis. A diferencia de ésta, suele tener bordes mal definidos y no existe descamación del estrato córneo dérmico. También es importante diferenciarla de la acantosis nigricans en el paciente diabético.

Juicio clínico: notalgia parestésica.

Diagnósticos diferenciales: tiña corporis. Acantosis nigricans en paciente diabético. Dermatitis. Micosis fungoide.

Tratamiento, planes de actuación: - Fisioterapia descompresiva para liberar raíces nerviosas. Tratamiento sintomático: antihistamínicos orales, capsaicina tópica, corticoides tópicos y gabapentina.

Evolución

La paciente fue tratada inicialmente con antifúngicos ya que en principio se pensó en tiña corporis debido al tratamiento previo con penicilina oral y la inmunodepresión derivada del tratamiento. Mala evolución. Tras la aplicación del tratamiento sintomático y fisioterapia la mácula desapareció.

Conclusiones

La notalgia parestésica es una neuropatía sensitiva secundaria al compromiso de los nervios espinales que originan prurito, alodinia cutánea y dolor de origen neuropático. El tratamiento es puramente sintomático ya que la fisiopatología no es bien conocida para establecer la mejor opción terapéutica. El tratamiento es sintomático. El único medicamento sometido a estudio ha sido la capsaicina tópica con resultados inicialmente buenos. En casos aislados se han obtenido buenos resultados con bloqueo anestésico, acupuntura y oxcarbazepina.

Palabras Clave

Notalgia Parestésica, Prurito, Hipoestesia, Dolor.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Psoriasis ¿qué hay de nuevo?

Ayora Rodríguez M¹, Lorente Callejo M², Pérez Razquin E¹

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del Condado. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Erupción cutánea.

Historia clínica

Mujer de 29 años que acude al CS por un primer episodio de erupción cutánea en tronco, no pruriginosa de unos dos meses de evolución para las que no ha realizado tratamiento, salvo hidratación tópica. En la última semana, refiere aumento de las mismas en zona submamaria y nuevas lesiones en ambos codos. No otra clínica acompañante.

Enfoque individual: no reacciones medicamentosas conocidas ni antecedentes personales de interés, amigdalectomizada en la infancia.

A la exploración destacan placas eritematosas anulares de unos 2 cm de diámetro, descamativas y con borde bien delimitado. No se observan lesiones en uñas ni cuero cabelludo. Resto de exploración por aparatos anodina. PASI = 2.80 BSA = 4.00%

Enfoque familiar y comunitario: soltera, sin hijos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: psoriasis leve (vulgar vs. guttata).

Tratamiento, planes de actuación: iniciamos tratamiento de inducción tópico con una aplicación diaria de pomada corticoidea

(calcipotriol/betametasona). A las cuatro semanas del inicio, se programará cita para evaluación y seguimiento de las lesiones.

Evolución

En la revisión, la paciente refiere mejoría, con gran blanqueación de las lesiones y únicamente leve descamación en tronco. Por lo que iniciamos pauta descendente y retirada, para evitar efecto rebote y taquifilaxia. Al año de dicha revisión, acude a consulta por nuevas lesiones eritematodescamativas pero con mayor distribución (tronco, codos, pretibial bilateral e inicio de lesiones retoauriculares). La paciente ha iniciado tratamiento con la pomada corticoidea que se prescribió, como ha realizado en episodios previos con buen resultado; Sin embargo, en esta ocasión no responde a la misma. PASI = 11.00 BSA = 12.50%. Se modifica tratamiento por el avance a psoriasis moderada. Se pauta corticoide de alta potencia y se deriva a consultas externas de Dermatología para escalada de terapia en segundo nivel asistencial.

Conclusiones

La psoriasis se trata de una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que cursa con exacerbaciones y remisiones, cuya prevalencia en la población española es del 1,4%. Debido a esto es de gran utilidad la mejora del conocimiento y diagnóstico de dicha enfermedad, así como el manejo adecuado del tratamiento desde Atención Primaria.

Palabras Clave

Psoriasis, Tratamiento Farmacológico, Dermatología.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Una lesión engañosa

García Santos G¹, abad Naranjo A², Castro Vargas J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque Sur. San Roque (Cádiz)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda-Norte. Ronda (Málaga)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Málaga.

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesión pruriginosa.

Historia clínica

Antecedentes personales: dermatitis atópica, HTA, DM tipo 2, dislipemia, carcinoma basocelular.

Anamnesis: hombre de 75 años que acude a su médico de familia por presentar prurito intenso en codos de unas 3-4 semanas de evolución, tratado con emolientes sin mejoría. No otra sintomatología acompañante. Se decide derivar a dermatología para estudio.

Enfoque individual. Exploración: placas eritematosas con pápulas foliculares y alopecia total en codo derecho con extensión al antebrazo. No afectación palmoplantar. No afectaciones mucosas. No adenopatías palpables. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: analítica: sin hallazgos de interés. Biopsia: infiltrado en banda de la parte superior de la dermis, presencia de microabscesos de Pautrier, sin mucinosis folicular. Estudio inmunohistoquímico: positividad para CD3, CD4, CD5 y CD43. Negatividad para CD8, CD56 y CD30. TAC tórax y abdomen: sin hallazgos de diseminación sistémica.

Enfoque familiar y comunitario: antecedentes de padre y hermano con dermatitis atópica con dificultad para responder adecuadamente al tratamiento.

Juicio clínico: micosis fungoide foliculotrópica.

Diagnóstico diferencial: dermatitis atópica, eccema, tiña corporis, psoriasis.

Tratamiento: clobetasol crema aplicado 2 veces al día en zona afectada.

Plan de actuación: revisión por dermatólogo y realizar estudios periódicos de diseminación de la enfermedad.

Evolución

El paciente refiere mejoría tras tratamiento con corticoide tópico. Se irá valorando en función de la respuesta el inicio de otros tratamientos como el metotrexate o la fototerapia.

Conclusiones

Micosis fungoide es un tipo primario cutáneo de los linfomas no Hodgking, producido por proliferación cutáneo de células T neoplásicas. Es un enfermedad crónica y progresiva cuyas fases iniciales debutan en la piel. En su fase inicial o premitótico se puede observar una erupción eritematosa, escamosa y pruriginosa. Tras el estadio inicial, se forman manchas parecidas a un eczema, seguido por placas bien delimitadas con pápulas, hasta llegar a formar lesiones tipo tumor y ulceraciones. En los estadios avanzados puede producirse una diseminación sistémica con adenopatías y afectación de otros órganos. Por la clínica tan parecida con la dermatitis atópica, la psoriasis y la tiña corporis, así como su posibilidad de diseminación sistémica, es importante el conocimiento de la micosis fungoide por el médico de familia para su rápido diagnóstico diferencial y derivación a dermatología.

Palabras Clave

Biopsia, Linfoma, Dermatitis.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Más allá de la celulitis

Gálvez Pascual M¹, Alaminos Tenorio E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcova Mercedes Navarro. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS María Auxiliadora. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias. Telederma.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 72 años que acude por dolor y eritema de pierna derecha.

Historia clínica

Mujer de 72 años que acude a consulta de AP comentando sensación de calor, dolor con eritema en la última semana en pierna derecha. No edema ni aumento de diámetro. Niega fiebre ni mal estado general. No refiere traumatismo previo ni heridas. No exudado de la lesión.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumadora de 1 paq/día. Múltiples FRCV (obesidad, HTA, DM tipo 2). Varices.

Exploración: BEG, eupneica en reposo con Sat. O₂ 96%. MID: placa eritematosa en zona declive de MID, dolorosa a la palpación, muy ligeramente aumento de la temperatura local, no aumento del diámetro de una pierna con respecto a la contralateral. Pulsos distales conservados. Ausencia de edemas en MMII.

Enfoque familiar y comunitario: no AF. Vida sedentaria

Juicio clínico: celulitis MID.

Diagnóstico diferencial: TVP, dermatitis de estasis, IVC.

Tratamiento, planes de actuación: se decide tratamiento antibiótico con cefadroxilo 500

mg 1 comp/12 h 14 días y reevaluar de nuevo. Se pautan analgésicos para el dolor y medidas posturales.

Evolución

La paciente vuelve a consultar ya que no refiere ninguna mejoría con el tratamiento pautado. De hecho, refiere mayor induración de la zona. Se decide derivar a la paciente a urgencias para realización de analítica con PCR y D-Dímero con resultados normales. Se decide interconsulta por teledermatología. Finalmente, la paciente es diagnosticada de lipodermatoesclerosis. Se produce a consecuencia de la hipertensión venosa derivada de la IVC dando una reacción dérmica inflamatoria similar a una celulitis.

Conclusiones

Existe un sobrediagnóstico de celulitis en torno a un 28-30% con una consecuente dependencia al uso de antibióticos sin beneficio alguno. No es la causa más frecuente de pierna roja a pesar del sobrediagnóstico de la misma. Ante un paciente con sedentarismo, varices, obesidad u otros FRCV debemos descartar como primera opción IVC que puede ser la causante de la lipodermatoesclerosis, entidad olvidada muy a menudo. Es importante su diagnóstico precoz para evitar tratar al paciente de forma indebida y hacer hincapié en otro tipo de medidas encaminadas a mejorar calidad de vida y su IVC.

Palabras Clave

Celulitis, Lipodermatoesclerosis, Insuficiencia Venosa Crónica.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

"Pero si lleva ahí toda la vida..."

Serrano de los Santos M, Gómez Torrado R, Román Álvarez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cambios en lesión en mejilla de 20 años de evolución.

Historia clínica

Mujer de 77 años que acude a nuestra consulta refiriendo aumento de tamaño en los últimos meses de lesión pigmentada en mejilla derecha de unos 20 años de evolución.

A nivel macroscópico se aprecia lesión de 1,5x2 cm en mejilla derecha con bordes irregulares y cambios de color. Se realiza dermatoscopia en consulta, en la que se objetiva lesión plana que impresiona de lesión melanocítica irregular con varias tonalidades. Se realizan fotografías de la lesión y se envían por teleconsulta a Dermatología. Tras 24 horas recibimos el resultado de telederma, informado como lesión asimétrica con pseudoretículo atípico con zonas de oclusión folicular, resultando lesión sospechosa de malignidad.

Enfoque individual: ha vivido con su marido, hasta el fallecimiento de éste, en medio rural, haciéndose cargo de animales de granja.

antecedentes personales: HTA bien controlada en tratamiento con valsartán 160 mg/12,5 mg cada 24 horas.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su hija y sus nietos en medio urbano.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ante las características de la lesión, así como el tiempo de evolución y los antecedentes de la paciente, sospechamos que pueda tratarse de una lesión maligna del tipo lentigo maligno, no pudiendo descartar lentigo solar o queratosis seborreica plana.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente es citada para extirpación a la semana siguiente de los resultados de Anatomía Patológica en Dermatología, con extirpación de la lesión y envío de la muestra a Anatomía Patológica. En 15 días el resultado anatomopatológico confirma nuestra sospecha: lentigo maligno no ulcerado que no contacta con márgenes de resección.

Evolución

La paciente no ha precisado tratamiento coadyuvante, estando actualmente en seguimiento por Dermatología.

Conclusiones

Atención Primaria es la puerta de entrada de la población general al sistema sanitario, valorando gran cantidad de lesiones dérmicas. Actualmente, debido a las largas listas de espera en algunas enfermedades como Dermatología, se hace imprescindible una adecuada formación en profesionales de Atención Primaria para realizar una adecuada derivación y un apropiado uso de los métodos que tenemos a nuestro alcance.

Palabras Clave

Teledermatology, Melanoma, Lentigo.

ÁREA: DIGESTIVO

“Doctora, me he tragado una almeja”

Arjona Carpio B¹, arostegui Plaza C², Prieto Romero N²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Cuerpo extraño a nivel digestivo.

Historia clínica

Antecedentes personales: no AMC. FRCV: obesidad, DLP, no DM, no HTA. No hábitos tóxicos. Enfermedades: gonartrosis Grado I, depresión, enfermedad de Graves Basedow, fístula anal. Tratamiento: fluoxetina 20 mg 1c/día, Valium 5 mg 1 c/día, Eutirox 88 mcg 1 c/día, condrosulf 400 mg 2 c/día, gemfibrozilo 900 mg 1c/día.

Anamnesis: enfermedad actual: paciente mujer de 51 años acude a SUH por haberse tragado una almeja mientras estaba comiendo. Desde entonces refiere molestia retroesternal, asociado a ligera sialorrea y disfagia a sólidos. No tos, no disnea. No náuseas ni vómitos. Sin episodios previos similares.

Enfoque individual. Exploración: CYO, BEG, NH, NP, eupneica, estable hemodinámicamente. ORL: faringe y amígdalas hiperémicas, no exudado. No se visualiza cuerpo extraño en orofaringe. No sangrado activo. ACP: tonos rítmicos, no soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Constantes: TA 120/80, Sat. O₂ 98%, FC 76 lpm.

Pruebas complementarias: RX tórax: imagen cálcica lenticular en zona interescapular a nivel esofágico en proyección frontal. Test rápido Ag COVID-19: negativo. EDA: esófago: a 22 cm de arcadas dentarias se identifica la concha de una almeja.

Se realiza extracción endoscópica con cesta de Roth sin complicaciones inmediatas. En un 2º tiempo se revisa zona de impactación, identificando 2 erosiones longitudinales superficiales. Sin otras lesiones en esófago. La unión esofagogástrica está ascendida unos 2 cm con respecto a la impronta diafragmática. Estómago: buena distensibilidad. Mucosa de fundus, cuerpo y antro normal. Incisura sin lesiones. Píloro centrado y permeable. Duodeno: bulbo y segunda porción duodenal normales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: cuerpo extraño esofágico. Extracción endoscópica CE. Hernia de hiato.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva al alta tras descartar complicaciones y paciente estable hemodinámicamente. Tratamiento pautado: omeprazol 40 mg 1 c/12 h (antes de desayuno y antes de cena) durante 10 días. Ziverel: 1 sobre/8 h (después de cada comida) durante 7 días. Dieta líquida durante 24 h y posteriormente proceder a dieta blanda 2-3 días. Observación domiciliaria. Control por su Médico de Familia. Se explican signos de alarma (disfagia, hematemesis, dolor toraco-abdominal...). Si no mejoría o empeoramiento volver.

Conclusiones

Importancia de la sintomatología, tipo CE y localización. Identificar signos de alarma (perforación, etc.).

Palabras Clave

Cuerpo Extraño, Disfagia, Extracción Endoscópica.

ÁREA: DIGESTIVO

¿Qué puede haber detrás de un síncope vasovagal?

Giménez Ramón M¹, Bravo Arrebola I², Fernández Carreño I³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Norte. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 39 años que acude a consulta de AP tras episodio sincopal.

Historia clínica

No alergias. Fumador ocasional. No FRCV.

Antecedentes personales: ulcus duodenal por H. Pylori (erradicado). Esofagitis péptica. IQ: apendicectomía. Ningún tratamiento.

Enfoque individual. Anamnesis: acude acompañado de su mujer tras episodio sincopal en domicilio, con malestar general, sudoración, acúfenos e inestabilidad previa. La mujer refiere pérdida de consciencia de segundos de duración, sin confusión posterior. No TCE, ni relajación de esfínteres. No vómitos ni náuseas. No palpitaciones, ni cefalea, ni dolor torácico. Refiere mayor estrés en el trabajo.

Exploración: afebril. TA 126/68 mmHg. FC: 61 lpm. Sat. O₂: 98%. Glucemia: 109. Buen estado general. Eupneico. Consciente y orientado en tiempo y espacio. Bien hidratado y perfundido. NRL: pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales normales. No nistagmus. No disimetría ni alteración marcha. Romerg -. No focalidad neurológica aguda. Otoscopia normal. ACP: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: ruidos hidroaéreos conservados. Blando y depresible. No doloroso. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal a 75 lpm. Sin otros hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: síncope vasovagal.

Diagnóstico diferencial: síndrome vertiginoso. Crisis epiléptica. Hipoglucemia. Accidente isquémico transitorio. Pseudosíncope psicógeno.

Tratamiento, planes de actuación: correcta hidratación. Reposo relativo. Control analítico.

Evolución

Se reevalúa con resultado analítica, a destacar: urea 100 mg/dl, Na 139 mEq/L, K 5 mEq/L, hemoglobina 10 g/dl, Hto 35,5%. Actualmente presenta molestias abdominales en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Deposiciones “negras” y malestar general. TA 114/71 mmHg. Se deriva a urgencias hospitalarias. En el hospital se realiza gastroscopia urgente: hemorragia digestiva alta secundaria a sangrado babeante (Forrest IB) en cara anterior bulbar. Se realiza doble escleroterapia con adrenalina + Clip hemostático. Alta tras evolución favorable sin datos de resangrado. Hidratación y dieta baja en sal. Omeprazol 40 mg un mes, posteriormente 20 mg. Control por digestivo en dos meses.

Conclusiones

El síncope de origen incierto puede enmascarar patologías con mayor relevancia clínica. Por tanto, no debemos olvidar realizar una correcta historia clínica, donde recojamos adecuadamente sus antecedentes personales como anamnesis y exploración física, para así poder realizar un buen diagnóstico diferencial.

Palabras Clave

Syncope, Stomach Ulcer, Anemia.

ÁREA: DIGESTIVO

Lesiones cutáneas como manifestación de celiaquía

Martínez de Mandojana Hernández A¹, Navarro Rivero P¹, Medina Salas V²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huétor Tájar. Granada

² Médico de Familia. CS Huétor Tájar. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Lesiones cutáneas/angioedema.

Historia clínica

Mujer, 40 años, con antecedentes personales de rinoconjuntivitis alérgica y anemia ferropénica crónica en tratamiento con hierro oral de forma periódica (atribuida a metrorragias por miomas uterinos). No fumadora.

Acude a consulta de Atención Primaria refiriendo episodios autolimitados de erupción cutánea de un año de evolución consistentes en aparición de lesiones pruriginosas generalizadas y angioedema, sin claro factor desencadenante, que mejoran con la administración de corticoide y antihistamínico.

A la exploración, presenta lesiones urticariformes generalizadas y edematización de labios.

Se solicita estudio analítico. Destaca: anemia ferropénica reagudizada (Hemoglobina 8.3 g/dl, hematocrito 27.9%, VCM 62.9 fl, perfil férrico: hierro 14 µg/dl, ferritina <6 ng/ml, IST 3%). Serología: anticuerpos (IgA) antitransglutaminasa tisular elevados (88,8 U/ml) y Anticuerpos (IgA) anti endomisio positivos. Estudio alergia alimentos: negativo. Complemento C1 inhibidor (despistaje de angioedema hereditario): normal.

Enfoque individual: ante los hallazgos, se realiza teleconsulta a Digestivo, donde solicitan gastroscopia con toma de biopsias duodenales, con resultado histológico: "Enfermedad celíaca tipo 3a de Marsh-Oberhuber/b1 de Corazza".

Enfoque familiar y comunitario. Antecedentes familiares: padre y hermano alergia a lactosa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad celíaca (anticuerpos celiaquía positivos y biopsia duodenal compatible) con manifestaciones extradigestivas (dermatitis herpetiforme, anemia ferropénica).

Diagnóstico diferencial. Celiaquía: sensibilidad a gluten no celíaca (negatividad en serología e histología), alergia al trigo (hipersensibilidad IgE). Manifestaciones cutáneas: dermatitis herpetiforme, urticaria crónica, angioedema hereditario, vasculitis, amiloidosis.

Tratamiento, planes de actuación: inicio de dieta estricta sin gluten.

Evolución

Sin nuevos episodios de angioedema en los 5 meses posteriores.

Conclusiones

La celiaquía es una patología multisistémica de mecanismo inmunitario y base genética, desencadenada por exposición al gluten, de elevada prevalencia, y con amplio espectro clínico de presentación. Además de manifestaciones digestivas, puede presentar múltiples manifestaciones extradigestivas que, a pesar de no ser infrecuentes, pueden dificultar y retrasar el diagnóstico. Entre ellas destacan: dermatitis herpetiforme, osteopenia u osteoporosis, talla corta, retraso puberal y anemia ferropénica con mala respuesta al tratamiento con hierro oral (como el caso que nos ocupa). Así mismo, incidir en el hecho de que no siempre debemos atribuir la presencia de anemia ferropénica en mujeres en edad fértil a una causa ginecológica, sino que debemos investigar otras posibles etiologías.

Palabras Clave

Dermatitis Herpetiforme, Celiaquía, Anemia Ferropénica.

ÁREA: DIGESTIVO

"No soy hiperfrecuentador"

Feijoo Fernández S¹, Jiménez Rivas A¹, Martín de Argenta Sánchez A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Aracena. Aracena (Huelva)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Medicina Interna.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Varón 53 años, sin AP de interés, consulta en ámbito hospitalario por dolor abdominal continuo en flanco izquierdo con estreñimiento de dos días de evolución; reconsulta por mismo motivo tres veces con JC de estreñimiento. Acude a consulta de Atención Primaria tras tres semanas de evolución con pérdida ponderal de 12 kg y se realiza radiografía urgente de abdomen con niveles hidroaéreos y se deriva a Atención Hospitalaria con analítica y ecografía abdomen normal con mismo JC al alta y con catalogación de "hiperfrecuentador". Desde AP se consensua con Medicina Interna ingreso hospitalario con realización de TC toraco-abdominal y gastroscopia con hallazgo de gran úlcera gástrica Forrest III.

Enfoque individual: paciente que se valora inicialmente en Urgencias hospitalarias por lo que acude a nuestra consulta con pruebas complementarias ya realizadas siendo necesario por nuestra parte una anamnesis y una exploración más exhaustiva.

Enfoque familiar y comunitario: en Atención Primaria conocemos a la gran mayoría de nuestro cupo y esto nos permite distinguir, en la mayor parte de casos, qué pacientes son los que más

consultan, y por lo que suelen consultar, y cuáles no. Esto es una gran ventaja a la hora de percatarnos de aquellos problemas clínicos que requieren nuestra atención primordial.

Juicio clínico: paciente sin AP de interés que no consulta en Atención Primaria en el último año y medio y que comienza a acudir a Urgencias por dolor abdominal.

Diagnóstico diferencial amplio e inespecífico que, tras las múltiples consultas y posterior pérdida ponderal, nos tiene que poner sobre aviso para un despistaje de neoplasia.

Tratamiento, planes de actuación: requerimiento transfusional, erradicación de H. Pylori y valoración por Cirugía Digestiva.

Evolución

Favorable con cese de la sintomatología, recuperación ponderal y remisión y cicatrización de la úlcera confirmado por TC abdominal y gastroscopias posteriores.

Conclusiones

Es fácil caer en la tentación de denominar "hiperfrecuentador" a aquel paciente que acude a nuestras consultas con mucha asiduidad. Sin embargo, esto debe ser un signo de alarma que siempre debemos investigar, ya sea un problema orgánico o funcional.

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Hiperfrecuentador.

ÁREA: DIGESTIVO

Doctora, no aguanto el dolor.

Rico Pereira A¹, Mañas Sevillano E², Piury Pinzón J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Príncipe de Asturias. Utrera (Sevilla)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva-Centro. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias Atención Primaria.

Motivos de consulta

Abdomen agudo.

Historia clínica

Varón de 51 años que acude por dolor abdominal punzante a nivel de epigastrio, de horas de evolución, que se había intensificado, haciéndole venir a Urgencias de su CS. A su llegada, presenta dos episodios de vómitos. Había cenado bien, no había presentado fiebre, síntomas digestivos ni urinarios, y no había sentido anteriormente nada parecido: “doctora, me duele en la boca del estómago a reventar, no sé qué me pasa”. No tiene antecedentes personales relevantes, no intervenciones quirúrgicas previas, sin tratamientos. No tenía hábitos tóxicos.

Enfoque individual. Exploración física: mal aspecto, sudoroso y pálido, afectado por el dolor, manteniendo postura antiálgica. Constantes: tensión arterial 150/99, frecuencia cardiaca 75 latidos/minuto, saturación 99%, eupneico; auscultación cardiaca y pulmonar normales; abdomen con dolor a la palpación de epigastrio, irradiado a flancos, con defensa abdominal, signos de Murphy y Blumberg negativos. Puño-percusión renal bilateral negativa. No se palpaban masas ni megalias.

Pruebas diagnósticas y plan de actuación: se canaliza vía periférica, administrándose analgesia intravenosa. Realizamos un electrocardiograma que no evidencia patología aguda. El tratamiento pautado le alivia los síntomas, pero ante la alta sospecha de pancreatitis aguda, se deriva al hospital de referencia para realización de pruebas analíticas que confirmen el diagnóstico.

El paciente fue valorado en el hospital confirmándose la pancreatitis. Entre los parámetros analíticos destaca: 16400 leucocitos, glucemia 129, aspartatoaminotransferasa 156, lactatodeshidrogenasa 294 y amilasa 1633.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: pancreatitis aguda.

Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo, perforación intestinal, obstrucción intestinal, apendicitis, cólico biliar o nefrítico.

Tratamiento, planes de actuación: se ingresó en dieta absoluta, sueroterapia intensiva y analgésicos. El estudio evidenció una coledocolitiasis, planteándose, una vez resuelta la pancreatitis, colecistectomía programada que acepta.

Evolución

Excelente.

Conclusiones

El paciente presentaba claros signos de alarma ante un abdomen agudo que debía ser estudiado en el ámbito hospitalario. En nuestra actuación en el CS, se hace imprescindible realizar una correcta anamnesis y exploración física, haciendo caso a señales que nos indican que puede ser potencialmente grave el problema de salud que presenta el paciente. En este caso, se realizó una detección de una enfermedad que requería actuación precoz, realizando una correcta valoración y derivación.

Palabras Clave

Pancreatitis Aguda.

ÁREA: DIGESTIVO

Una colonoscopia que no se llegó a hacer

Marín López C, Contreras Hazañas M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, Caso Multidisciplinar.

Motivos de consulta

Mareo/síncope.

Historia clínica

Antecedentes personales: HTA, DM, cardiopatía hipertensiva y bloqueo AV 1º grado en tratamiento con metformina, glicazida, losartán-HCTZ y bisoprolol, AAS y omeprazol.

Enfoque individual. Anamnesis: varón de 76 años que acude a Urgencias por síncope. Le hacen pruebas incluyendo un TAC craneal normal. Sigue revisiones periódicas con un cardiólogo privado, que le mantiene el mismo tratamiento que viene tomando. Preguntando al paciente en consulta de Atención Primaria, comenta que desde hace semanas observa las heces más oscuras.

Pruebas complementarias: su médico de familia pide una analítica de control en cuyos resultados destaca una Hb 8,5 g/dl, VCM 69,9 fl y HTO 27% y solicita una colonoscopia.

Enfoque familiar y comunitario: la mujer del paciente solicita días después los resultados de esa analítica y comenta a su MF que su marido por ahora no quiere hacerse la colonoscopia. Deciden ir a un especialista de digestivo privado, que recomienda suspender la toma de AAS y tratar la anemia microcítica con hierro.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: posible hemorragia

digestiva baja, anemia microcítica severa. Descartar neoplasia de colon.

Tratamiento, planes de actuación: en posteriores analíticas con su MF persiste leve anemia microcítica tras tratamiento. Diez meses más tarde, ingresa en planta de Digestivo remitido desde clínica privada con TC abdominal que objetiva neoplasia de colon ascendente con LOES hepáticas y adenopatías pulmonares sospechosas. Clínicamente el paciente presenta decaimiento general y pérdida de apetito. Se hace colonoscopia por petición urgente de Digestivo tomándose biopsias, también interconsultas con Nutrición y con Nefrología por fracaso renal agudo, ajustando la medicación según situación.

Evolución

Durante su estancia hospitalaria sufre un deterioro del estado general y, fallece por parada cardiorrespiratoria cuya causa fundamental es la neoplasia de colon. Todavía estaba pendiente del resultado de Anatomía Patológica.

Conclusiones

El cáncer colorrectal es el segundo tumor más frecuente en ambos sexos y un diagnóstico precoz es un importante factor predictor de supervivencia. Los pacientes, a veces, acceden a la medicina privada porque no confían en el criterio de su MF, pudiendo esto interferir en su proceso de salud, como pasa en este caso en que el pronóstico hubiera mejorado con la primera orientación de su MF.

Palabras Clave

Anemia, Colonoscopy, Colon Neoplasm.

ÁREA: DIGESTIVO

“A mí no me pasa nada”

Feijoo Fernández S¹, Jiménez Gómez-Casero M², Jiménez Rivas A¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mairena del Aljarafe-Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Resultados analítica.

Historia clínica

Varón 56 años, fumador de 1 paquete al día y bebedor de 1l de cerveza diario, que en control analítico rutinario presenta elevación de transaminasas y patrón de colestasis disociada. En la anamnesis refiere episodios de dolor abdominal en epigastrio irradiado hacia espalda de tres meses de evolución, a los que no le ha dado importancia, con algún vomito ocasional, sin pérdida ponderal. A la exploración tinte icterico en piel y mucosas y abdomen con hepatomegalia y doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho. Se solicita ecografía abdominal preferente y se contacta con Medicina Interna ante la sospecha de patología hepática/pancreática.

Enfoque individual: paciente hipertenso con controles analíticos rutinarios anuales que sólo acude a consulta por este motivo, presenta sintomatología desde hace tres meses por lo que no ha consultado y que aunque el mismo y su alrededor ha notado que presenta un tinte icterico, insiste en que no le ocurre nada y decide no consultar. Adquiere mayor relevancia la relación médico-paciente para que el paciente tome conciencia y adopte medidas de cara a su posible enfermedad.

Enfoque familiar y comunitario: destaca los hábitos tóxicos del paciente en el que debemos incidir en consulta pese a que el motivo de ella no

tenga relación. Parte de nuestras acciones en consulta tienen que ir encaminadas a la prevención primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: pancreatitis subaguda/crónica. Neoplasia pancreática.

Tratamiento, planes de actuación: medidas higiénico-dietéticas como dieta baja en grasa y abandono del hábito tabáquico y enólico.

Evolución

Consensuamos con Medicina Interna ingreso para estudio. En ecografía abdominal-TC abdominal se detecta ectasia de vía biliar intrahepática y del colédoco, engrosamiento del duodeno y aumento del tamaño pancreático con áreas de hipocaptación e hipoperfusión en cabeza pancreática en el contexto de proceso inflamatorio sin poder descartar neoplasia pancreática. Se solicita de forma programada colangio RM y RM pancreática que descarta imagen clara de LOE.

Conclusiones

En consulta tenemos la oportunidad de incidir en antecedentes y hábitos tóxicos del paciente pudiendo así establecer medidas preventivas que disminuyan el riesgo de padecer determinadas enfermedades haciendo partícipe y autónomo al paciente.

Palabras Clave

Dolor abdominal, Hábito enólico, Hepatomegalia.

ÁREA: DIGESTIVO

Síndrome de Chilaiditis

Bravo Arrebola I¹, Fernández Carreño I², Giménez Ramón M³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Norte. Almería

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mujer de 40 años que acude a consulta por epigastralgia de semanas de evolución y disnea tras proceso COVID-19.

Historia clínica

NAMC. Sin hábitos tóxicos.

Antecedentes personales: asma. Intervenciones quirúrgicas: no. No tratamiento habitual.

Enfoque individual. Anamnesis: acude por cuadro de epigastralgia de varias semanas de evolución que se irradia a hipogastrio con deposiciones diarreicas sin productos patológicos, no vómitos, tos ni náuseas. Refiere disnea a grandes esfuerzos. Sensación distérmica no termometrada. Ha pasado infección por COVID-19 el mes previo, no refiere contacto con posibles positivos.

Exploración: buen estado general. Consciente y orientada. Normohidratada y normoperfundida. Temperatura: 37.8°, TA 120/75, Sat. O₂: 98%. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. Sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos conservados. No masas ni megalias. ACP: rítmico sin soplos ni ruidos respiratorios.

Pruebas complementarias: RX tórax: sin signos de condensación pulmonar ni derrames. Buena ventilación en ambas bases. Intenso meteorismo en hipocondrio izquierdo con posible alteración diafragma izquierdo. Analítica: hemograma y bioquímica normal. Ac. Gliadina negativa, ac anti-transglutaminasa negativo, H. Pylori negativo, toxoplasma gondii negativo, VEB

negativo, Citomegalovirus negativo. Estudio en heces negativo.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: síndrome de Chilaiditis.

Diagnóstico diferencial: neumoperitoneo. Neumatosis intestinal. Absceso subfrénico. Quiste Hidatídico.

Tratamiento: ingesta abundante de líquidos. Toma analgésicos. Control signos de alarma.

Plan de actuación: patología benigna que tiene buena respuesta a tratamiento conservador.

Evolución

Se le realiza nuevo control en consulta a la semana siguiente con desaparición de síntomas y mejoría clínica. Dada la buena evolución clínica de la paciente se le recomienda vigilancia activa de posibles complicaciones.

Conclusiones

El síndrome de Chilaiditis es una patología benigna rara con baja prevalencia, diagnosticada en la mayoría de los casos como un hallazgo casual al realizar una radiografía de tórax por otra causa. Es importante el conocimiento radiológico de esta patología en el ámbito de la Atención Primaria para considerarlo como diagnóstico diferencial en el contexto de un dolor abdominal generalizado. Una vez diagnosticado hay que tener en cuenta algunas de sus posibles complicaciones como puede ser: obstrucción intestinal o vólvulo de sigma.

Palabras Clave

Epigastralgia, Síndrome de Chilaiditis, Diagnóstico.

ÁREA: DIGESTIVO

Linfangioma esplénico: a propósito de un caso

Castaño Durán C¹, Ballesteros Navarro C¹, Pardo Morán M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria-Digestivo.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y clínica miccional.

Historia clínica

Mujer de 64 años. Fumadora activa. No enfermedades conocidas. Acude a su CS por dolor en hipocondrio derecho irradiado a epigastrio, asociado a náuseas de 7 días de evolución. Aumenta con las comidas. Picos febriles 38°C dos últimos días. Síndrome miccional con tenesmo vesical y orina colúrica.

Enfoque individual: aceptable estado general. COC. Sudorosa. Eupneica en reposo. Abdomen globuloso, blando y depresible. Doloroso a la palpación profunda de hipocondrio derecho y epigastrio.

Analítica: PCR 340.6. Sistemático de orina: leucocitos y nitritos positivo. Datos compatibles con infección del tracto urinario (ITU). Ecografía a pie de cama en consulta de Atención Primaria (por persistencia de dolor abdominal tras finalizar tratamiento antibiótico para la ITU): moderado crecimiento de los quistes esplénicos ya descritos en ecografía previa. Amplían en Digestivo: TAC abdomen: esplenomegalia con lesiones quísticas multiloculadas, con nodulaciones periféricas de nueva aparición y septaciones finas periféricas que podrían ser compatibles con linfangiomas esplénicos que han crecido de tamaño/se han complicado. Serología *Echinococcus granulosus*: negativo.

Enfoque familiar y comunitario: procedente de Marruecos, barrera idiomática.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: linfangioma esplénico. Quistes esplénicos simples. Hidatidosis.

Tratamiento, planes de actuación: se comentó caso en Comité de Tumores y se aprobó para esplenectomía.

Evolución

La paciente mejoró la clínica miccional y síndrome febril con terapia antibiótica y antitérmicos. Mejoría sintomática del dolor abdominal. En anatomía patológica se confirmó diagnóstico de linfangiomas esplénicos.

Conclusiones

Los linfangiomas se originan por una malformación congénita del sistema linfático que, en general, afecta a niños y muy poco a adultos. Se localizan habitualmente en el cuello (75%) y axilas (20%), pero también pueden aparecer en otras localizaciones; muy raramente en el bazo. Puede ser asintomático y ser diagnosticado durante una cirugía abdominal por otra causa, puede detectarse en el estudio anatomopatológico del bazo extirpado o bien puede ocasionar esplenomegalia o ser de elementos grandes; en este último caso puede complicarse con hemorragia, coagulopatía de consumo, hiperesplenismo e incluso hipertensión portal. El diagnóstico final debería estar basado en la suma de los datos clínicos, radiológicos e histopatológicos. El tratamiento de elección es la esplenectomía y el pronóstico es bueno.

Palabras Clave

Linfangioma Esplénico, Dolor Abdominal.

ÁREA: DIGESTIVO

Íleo paralítico como síntoma COVID

Venegas Rubiales E, Ulloa Jerez C, Sánchez Pareja V

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Poniente. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y estreñimiento.

Historia clínica

Varón de 73 años que acude al SUAP refiriendo dolor abdominal hipogástrico no irradiado y estreñimiento de 4 días de evolución. No fiebre, no vómitos, no diarrea. No otra sintomatología acompañante. Derivado a SHU y Digestivo. Acude a SHU días después tras fracaso de tratamiento con laxantes. Ag COVID positivo.

Enfoque individual: RAMC: moxifloxacino.

Antecedentes personales: esplenomegalia, cirrosis hepática, policitemia vera JAK 2+, estenosis DA prox media con FE 68%, SCASEST 2016, con Stent farmacoactivo en DA proximal 2016, nefroangioesclerosis, IRC est 3 2013, crisis comicial 2013, EPOC severo 2013, epilepsia vascular, temblor esencial, dislipemia, HTA. Tratamiento actual: trimbow, atroaldo, clonazepam, enalapril 5 mg, AAS, eslicarbamazepina, cromatonbic B 12, ivabradina 5 mg, torasemida, minitran 10 mg, hidroxycarbamida, nistatina, omeprazol, bisoprolol 2.5 mg, ketorolaco, gabapentina, bilastina, paracetamol, rifaximina 200 mg, simvastatina, tamsulina clorhidrato.

Exploración: Coc, BHyP, acrocianosis, eritromelalgia, eritema cavidad oral e hiperemia conjuntival. 36,1°C, TA 105/46 mmHg. AC: rítmica sin soplos. AP: tiraje abdominal, Sat. O₂ 89%, corrige con gafas al 94%. Abdomen: blando depresible, no masas, no megalias, no signos de peritonismo. Distendido. Timpanismo y borborigmos. Extremidades: pulsos conservados y simétricos, no signos de TVP, no edemas. No

focalidad neurológica. RX tórax: ICT <50% signos de broncopatía crónica severa, reforzamiento de la trama broncovascular bilateral, similar a previos, pero aparentemente más marcada en base pulmonar izquierda. RX abdomen simple: abundantes heces y gases en todo el marco cólico, hasta ampolla rectal más marcado en asas hemiabdomen derecho. Analítica: acidosis respiratoria PO₂ 152 y PCO₂ 91.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente comenta que había estado en contacto con sus nietos que eran positivos en COVID.

Diagnóstico diferencial: obstrucción abdominal, neoplasia intestinal, cólico sin filiación.

Juicio clínico: obstrucción intestinal, Neumonía lobar de LII de la comunidad, COVID 19, Insuficiencia respiratoria crónica agudizada.

Problemas: paciente en aislamiento por COVID con íleo paralítico.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en UCI.

Evolución

Tras 2 meses ingresado en UCI, derivado al ALTA con tetraparesia hipercápnica y traqueotomía para respiración mecánica.

Conclusiones

La COVID puede producir alteraciones neurológicas como anosmia, disgeusia, cefalea... y es posible que la afectación neurológica inicial de nuestro caso fuera con parálisis intestinal.

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Estreñimiento, COVID, Parálisis Intestinal.

ÁREA: DIGESTIVO

Hepatitis autoinmune

De la Vega Carranza P¹, Moya Ríos S²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Sur. Málaga

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Norte. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Alteración de perfil hepático y fiebre.

Historia clínica

Anamnesis: mujer de 63 años acude a consulta de Atención Primaria por un cuadro de fiebre con alteración del perfil hepático.

Enfoque individual: antecedentes personales: NAMC. No hábitos tóxicos. HTA sin otros FRCV, anemia ferropénica, litiasis renal que precisó litotricia hace 10 años, lumbalgia con estenosis central L4-L5 y varias fracturas vertebrales (T12, L1, L3, L4). IQ: achalasia hace 5 años. Tratamiento habitual: amlodipino 5 mg desayuno y cena. Naproxeno de forma ocasional.

Exploración: aceptable estado general, consciente, orientada y colaboradora. Mucosas normohidratadas y normocoloreadas. Eupneica en reposo. No lesiones en la piel. ACR: tonos rítmicos sin soplos audibles. MVC sin ruidos patológicos añadidos. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias. RHA presentes. MMII: no edema ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: analítica de sangre a destacar alteración del perfil hepático, virus

hepatotropos negativos. Autoinmunidad: ANA >1:80, Ecografía de abdomen y colangio RMN sin hallazgos significativos. Biopsia hepática compatible con Hepatitis autoinmune.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: hepatitis autoinmune.

Diagnóstico diferencial: hepatitis aguda difusa, enfermedad de Wilson, hemocromatosis.

Tratamiento, planes de actuación: prednisona 60 mg/24 con pauta descendente, mastical D unidía 1 comprimido diario.

Evolución

Mala respuesta a corticoides, se añadió azatioprina 2 mg/kg.

Conclusiones

Desde nuestra consulta de Atención Primaria no podemos olvidar como posibilidad diagnóstica las enfermedades autoinmunes y hereditarias, no solo las patologías infecciosas. Con este caso clínico queremos reforzar esa idea y mejorar la posible infradiagnóstico de dichas patologías menos frecuentes.

Palabras Clave

Hepatitis, Autoinmune, Hipertransaminasemia.

ÁREA: DIGESTIVO

Diverticulitis desde Atención Primaria: a propósito de un caso

Fuentes Angulo I¹, Gómez Galera H², Sánchez Sánchez M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. CS Benahadux. Almería

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Diarrea en paciente con tratamiento antibiótico.

Historia clínica

No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes personales: hernia de hiato. Exfumadora de 30 cigarrillos/día desde hace 6 años. Tratamiento habitual con omeprazol 20 mg/24 h.

Enfoque individual: paciente mujer de 59 años que acude a la consulta porque refiere diarrea de 7 días de evolución que relaciona con el inicio de tratamiento con clindamicina tras intervención dental. Refiere también cansancio y debilidad desde hace 15 días. No fiebre. No dolor abdominal. No náuseas ni vómitos. No clínica miccional.

Buen estado general. Leve palidez mucocutánea. Normohidratada. Eupneica en reposo. Sat. O₂ del 99%. FC 70 lpm. Afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: normal. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. No masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. No signos de peritonismo.

Enfoque familiar y comunitario: vive en domicilio junto a su marido. Vivienda en ámbito urbano. Nivel socio-cultural medio-alto. Trabaja como personal administrativo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: deposiciones diarreicas a estudio: gastroenteritis vs

diverticulitis vs alergia a clindamicina.

Tratamiento, planes de actuación: se solicita analítica de sangre y se cita en 48 horas para recogida de resultados.

Evolución

Evolución desfavorable con aparición de náuseas y dolor abdominal tipo cólico en región de fosa iliaca izquierda. Febrícula de 37.3°C. En analítica destaca: PCR 2.27 mg/l, hemoglobina 7.9 g/dl y leucocitosis de 25850. A la exploración, abdomen doloroso a la palpación generalizada con defensa voluntaria al deprimir fosa iliaca izquierda. No signos de irritación peritoneal. Se decide derivar a urgencias hospitalarias para realización de TAC de abdomen con el que se confirma una diverticulitis complicada.

Conclusiones

La diverticulitis consiste en la inflamación de protusiones en forma de saco que se forman en la pared colónica y que se caracteriza por dolor abdominal bajo, generalmente en fosa iliaca izquierda, cambios en el hábito intestinal, febrícula y leucocitosis. Además, puede complicarse con absceso, sangrado (como el caso de nuestra paciente), perforación o peritonitis. Dado el potencial riesgo de abdomen agudo resulta importante realizar un diagnóstico temprano de este cuadro clínico y tenerlo presente ante un cambio intestinal agudo o subagudo, con afectación del estado general, sobre todo en personas mayores de 50 años, ya que la prevalencia de divertículos aumenta con la edad.

Palabras Clave

Diarrhea, Anemia, Diverticulitis.

ÁREA: DIGESTIVO

“Dolor abdominal en tiempos de COVID”

Arjona Carpio B¹, González Carrera V², Garassini Chavez M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² Facultativo de Digestivo. Hospital San Agustín. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: no AMC. No FRCV. No hábitos tóxicos. Enfermedades: mutación heterocigota C46T del factor XII. No tratamiento habitual.

Anamnesis: enfermedad actual: paciente mujer de 24 años acude a SUH por dolor abdominal generalizado de 4 días evolución, fiebre de hasta 38.2°C de 3 días, náuseas y vómitos en últimas 24 h. Hoy refiere heces líquidas con moco e hilos de sangre. No asocia otra clínica.

Enfoque individual. Exploración: CYO, REG, NH, NP, eupneica, estable hemodinámicamente. ABD: blando y depresible, sin masas ni megalias. Dolor generalizado a la palpación. Ligera defensa en FID. No abdomen en tabla. Puntos negativos. RHA+. PPRR bilateral negativa. Tacto rectal: no hemorroides externas ni fisura anal. Esfínter normotónico. Dedil sin restos de sangrado. Constantes: TA 109/72, Sat. O₂ 99%, FC 68 lpm.

Pruebas complementarias: analítica: Hb 12.5, L 13800, N 84%, plaquetas 315000. Coagulación: INR 1.06. BQ: glucosa 78, Cr 0.64, urea 21, CT 97, TG 132, GGT 56, BT 0.22, AST 9, ALT 7, FA 140, proteína C reactiva 76, ferritina 105.7, transferrina 12. TC abdomen: marco cólico de morfología normal, sin imágenes de divertículos. En FID se identifica discreto engrosamiento

distal de íleon terminal y adenomegalias, de carácter inespecífico. No se aprecian cambios inflamatorios en la grasa ni líquido libre en FID. Se visualiza apéndice con gas en su interior de tamaño y morfología normal. Sin otros hallazgos de interés. Calprotectina (heces): 3757 µg/g. Coprocultivos: negativos. Test rápido Ag COVID-19: positivo. Colonoscopia: estudios sin lesiones aparentes. Biopsias de íleon terminal. Anatomía patológica: mucosa ileal dentro de la normalidad. Arquitectura conservada. Agregados linfoides fisiológicos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ileitis transitoria probable relación con COVID.

Tratamiento, planes de actuación: inicio de urbason 40 mg, mejorando clínica de dolor abdominal y heces sin productos patológicos. Alta domiciliaria con prednisona 50 mg en pauta descendente. Hidroferol 1 c/semanal durante pauta corticoide. Pantoprazol 20 mg 1c/día (30 min antes de desayuno).

Evolución

A los 2 meses se hizo revisión, asintomática desde inicio tratamiento.

Conclusiones

Importancia de una buena anamnesis y diagnóstico diferencial. Lo que en principio puede parecer el debut de una EII, también puede atribuirse a infección por COVID-19.

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Ileitis Transitoria, COVID.

ÁREA: ECOGRAFÍA

Identificando lesiones ligamentosas y meniscales de rodilla por ecografía

Álvarez Jiménez Ó¹, Ruiz Jiménez A¹, Morales Mirón E²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Nerja. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor e inestabilidad en rodilla izquierda.

Historia clínica

Paciente que acude a la consulta de Atención Primaria, tras haber sido atendido 5 días antes en servicio de urgencias tras traumatismo con rotación interna y flexión en valgo de la rodilla izquierda, sufriendo dolor agudo intenso posterior e incapacidad para la deambulación por inestabilidad de la articulación. Se realizó radiografía simple de rodilla en su consulta a urgencias, sin lesiones agudas en dicha prueba, y se pautó inmovilización de la articulación con vendaje y tratamiento antiinflamatorio.

Exploración física: rodilla izquierda: inflamación, sin lesiones cutáneas. Dolor a la palpación de cara lateral interna y de la línea interarticular interna. Flexión limitada. Peloteo rotuliano. Test McMurray positiva para menisco interno. Leve valgo forzado. Test de Lachman dudoso.

Pruebas complementarias: ecografía rodilla izquierda: moderado derrame articular. LLI con desgarrado parcialmente. Menisco interno desestructurado y protruyente. LCA visible en su inserción tibial, engrosado. Artrocentesis ecoguiada: líquido serohemático.

Enfoque individual: hombre de 29 años. NAMC. Sin AP de interés. Bebedor ocasional.

Enfoque familiar y comunitario: no necesario.

Juicio clínico: esguince ligamento lateral interno.

Sospecha de lesión LCA y menisco interno.

Diagnóstico diferencial: desgarrado del LCA, rotura de menisco, esguince de ligamento lateral interno, fractura intraarticular, luxación rotuliana.

Tratamiento, planes de actuación: instauramos ejercicios isométricos y tratamiento antiinflamatorios. Se deriva a Traumatología para valoración y completar estudio con RMN.

Evolución

Confirmación diagnóstica de esguince LLI, rotura de LCA y del cuerno posterior del menisco interno mediante RMN. Posteriormente, se procede a reconstrucción del LCA y meniscectomía parcial del menisco interno.

Conclusiones

La dotación de ecografía en los centros de Atención Primaria aporta capacidad de manejo clínico ante problemas del aparato locomotor consiguiendo una mejora de la calidad de la atención. Con la ecografía de rodilla podemos detectar derrames como colecciones anecoicas, sospechar lesiones ligamentosas por alteración del patrón fibrilar e hipocogenicidades, lesiones meniscales por alteración de la ecogenicidad, extrusión, fisuras lineales y distensión de los ligamentos colaterales. La visualización del ligamento cruzado anterior es compleja, siendo valorable sólo la zona de inserción tibial, pudiendo valorar el grosor y el patrón fibrilar. Asimismo, puede emplearse como guía para la punción diagnóstica y terapéutica.

Palabras Clave

Lesiones del Ligamento Cruzado Anterior, Lesiones de Menisco Tibial, Ultrasonografía.

ÁREA: ECOGRAFÍA

Diagnóstico ecográfico de trombosis venosa profunda

Ortiz Méndez M¹, Casquero Sánchez J², Nieto Espinar Y²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares San José. Linares (Jaén)

² Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Médico de familia.

Motivos de consulta

Dolor de miembro inferior con aumento de tamaño y pérdida de peso.

Historia clínica

Mujer de 61 años que acude con dolor en miembro inferior izquierdo desde hace 3 días, brote de psoriasis, ya conocido, y un síndrome constitucional de varios meses de evolución en estudio.

Enfoque individual. Antecedentes personales: psoriasis.

Exploración de los miembros inferiores destaca el aumento de diámetro desde la raíz del miembro izquierdo, enrojecimiento en la zona anteroinferior del muslo y aumento de la temperatura. Estaban placas de psoriasis en ambos miembros con lesiones de rascado.

Radiografía de tórax: masa en hilio pulmonar derecho de hallazgo casual. Ecografía clínica: ausencia de compresión venosa a nivel de vena femoral con Doppler continuo, contenido heteroecogénico, confirmándose con la presencia de señal pulsátil de arterial femoral. El trombo afectaba hasta la arteria poplítea.

Enfoque familiar y comunitario: conocer los diversos síntomas paraneoplásicos así como los recursos a nuestro alcance para descartar causas y orientar el diagnóstico.

Juicio clínico: trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo secundario a un carcinoma microcítico de pulmón.

Diagnóstico diferencial: celulitis de miembro inferior por sobreinfección de las erosiones de rascado de las placas de psoriasis. Traumatismo.

Tratamiento, planes de actuación: inmovilización del paciente e ingreso en planta de medicina interna para inicio de tratamiento con anticoagulantes y tratamiento oncológico de la masa pulmonar diagnosticada como Carcinoma microcítico de pulmón.

Evolución

Estable hemodinámicamente, en tratamiento oncológico y vigilancia de síntomas paraneoplásicos.

Conclusiones

Importancia del manejo ecográfico tanto en Atención Primaria como en urgencias hospitalaria dada las ventajas de diagnosticar y confirmar a pie de cama las sospechas clínicas. Esto nos permite anteposernos a tiempo de espera que, como en este caso, el hallazgo de una trombosis venosa profunda nos orienta a relacionarla como síndrome paraneoplásico del tumor pulmón primario.

Palabras Clave

Ecografía Clínica, Trombosis Venosa Profunda, Carcinoma de Pulmón.

ÁREA: ECOGRAFÍA

Odinofagia de meses de evolución: ecografía en Atención Primaria

Nieto Espinar Y¹, Ortiz Méndez M², Casquero Sánchez J¹

¹ Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Juicio clínico: nódulo tiroideo con baja sospecha malignidad (TIRADS 2).

Motivos de consulta

Odinofagia y sensación de cuerpo extraño en cuello.

Diagnóstico diferencial: carcinoma tiroideo (folicular, papilar, medular, anaplásico), tiroiditis, carcinoma de partes blandas, linfoma, tumores laríngeos.

Historia clínica

Mujer de 68 años sin antecedentes médicos de interés acude a consulta por cuadro de odinofagia de 6 meses de evolución asociado a sensación de cuerpo extraño en cuello. No náuseas no vómitos, no alteraciones del hábito intestinal. No cuadro constitucional. Niega otra clínica respiratoria previa, no disnea.

Tratamiento, planes de actuación: dados los hallazgos ecográficos (TIRADS 2) aunque pese a que es criterio de bajo grado de sospecha de malignidad, uno de los diámetros es mayor a 2 cm, por lo que decidimos valoración por Radiología de forma preferente.

Enfoque individual: en exploración física: buen estado general. Consciente, orientada, colaboradora. Eupneica en reposo. ORL: faringe hiperémica no exudados; ACR: sin hallazgos patológicos. Exploración cuello: a la exploración lóbulo tiroideo derecho (LTD) con nódulo palpable no irregular. No palpación de adenopatías.

Evolución

El servicio de Radiología descarta actual grado de malignidad y corrobora la clasificación en TIRADS 2, por lo que deciden seguimiento ecográfico por su servicio en 6 meses.

Se decide estudio complementario con analítica: función tiroidea sin alteraciones ni otros hallazgos. Ante los hallazgos sugerentes en anamnesis y exploración clínica se complementa estudio con ecografía. Hallazgos ecográficos: en LTD se aprecian un nódulo de 20.2 mm de diámetro transversal y 15.2 mm de diámetro longitudinal con composición sólido- quístico con áreas iso-anecoicas, bien delimitado. Resto de parénquima libre de alteraciones.

Conclusiones

La utilización de la ecografía clínica en Atención Primaria como herramienta diagnóstica es una disciplina de gran utilidad en numerosas situaciones clínicas de la práctica habitual. Los escenarios clínicos de aplicación en la actualidad se están definiendo y ampliando constantemente, proporcionando un aumento de la capacidad de aproximación diagnóstica, así como acortamiento de los tiempos de acción y mejora del grado de satisfacción del usuario. La ecografía nos permite llevar a cabo una aproximación diagnóstica en el caso del nódulo tiroideo y es la prueba de primera elección debido a su inocuidad, rapidez y bajo coste.

Enfoque familiar y comunitario: familia normo funcionante. Jubilada. Buen nivel socioeconómico. Independiente para ABVD.

Palabras Clave

Thyroid Nodule, Odynophagia.

ÁREA: ECOGRAFÍA

La historia de un esguince complicado

Oviedo López L¹, Torres Maestre M², aguilera Luna A²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Juncal. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor persistente en miembro inferior derecho.

Historia clínica

Varón de 50 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias el 08/07/21 por dolor perimaleolar derecho siendo diagnosticado de esguince de tobillo grado I y tratado con vendaje compresivo, reposo y analgésicos. Tras múltiples reconsultas a Urgencias Hospitalarias y de CS, solicita cita con su Médico de Familia por persistencia de dolor a pesar de tres meses de tratamiento y percatarse de aumento de perímetro del miembro.

Enfoque individual: a la exploración general, presenta buen estado general, se encuentra hemodinámicamente estable con adecuada y rítmica frecuencia cardíaca y sin alteraciones neurológicas. No presenta signos de dificultad respiratoria ni alteraciones a la auscultación, manteniendo una saturación de oxígeno del 98% sin aporte suplementario. El miembro inferior derecho presenta edema con fóvea y un aumento de 3.5 cm de diámetro respecto a miembro contralateral. Las venas superficiales se encuentran dilatadas y la piel circundante sin eritema ni aumento de temperatura. Signo de Homans, positivo. Se realiza ecografía de miembros, objetivando ausencia de colapsabilidad en la vena poplítea derecha con material ecogénico en su interior.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer y sus dos hijos (10 y 15 años). Desempleado. Nivel sociocultural medio con buen apoyo sociofamiliar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho con antecedente de inmovilización.

Tratamiento, planes de actuación: ante los hallazgos ecográficos, se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia, donde se solicita ecografía y se realiza analítica con dímeros-D, confirmándose el diagnóstico. Se procedió al alta con pauta de anticoagulación en rango terapéutico con heparina de bajo peso molecular y derivación a consultas de Enfermedad Tromboembólica.

Evolución

El paciente evoluciona favorablemente, con mejoría clínica y se encuentra pendiente de revisión en consulta de ETV.

Conclusiones

El uso de la ecografía en Atención Primaria facilita y agiliza el diagnóstico, permitiendo realizar una derivación dirigida y pertinente a Atención Especializada en caso necesario.

Palabras Clave

Venous Thrombosis, Ankle Injuries, Ultrasonography.

ÁREA: ECOGRAFÍA

importancia de la ecografía en atención primaria

Martínez Lagares T¹, Llamas Damián M², Lobnig Becerra M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linarejos. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de Linarejos. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido. Nivel sociocultural medio.

Motivos de consulta

Sensación de cuerpo extraño y odinofagia.

Juicio clínico: tumor tiroideo a estudio.

Historia clínica

Odinofagia, febrícula de hasta 37.7°C y sensación de cuerpo extraño de un año de evolución, por lo que ha consultado en varias ocasiones.

Diagnóstico diferencial: bocio multinodular.

Enfoque individual: mujer de 67 años. No alergias medicamentosas conocidas.

Identificación del problema: tener en cuenta la patología tiroidea cuando nos encontremos frente a sintomatología que a priori pudiera corresponder al área de la otorrinolaringología. Una fibroscopia normal no debe ser concluyente si el paciente persiste sintomático.

Sin antecedentes personales de interés, intervenida de varices, prótesis total de rodilla derecha y hallux valgus. No refiere hábitos tóxicos. Faringe eritematosa, amígdalas hiperémicas sin exudados. No presenta adenopatías cervicales ni retroauriculares. No disfonía. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos relevantes.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a servicio de endocrinología de forma preferente para completar estudio.

Saturación de oxígeno 99%. T^a 37,5°C. TA 140/80 mmHg. FC: 88 lpm. Se realiza analítica con TSH 1,880. Se realiza interconsulta con ORL que descarta patología de su campo. Dado persistencia de sintomatología se realizó ecografía no reglada en CS con hallazgo de tumoración tiroidea.

Evolución

Pendiente de tiroidectomía completa.

Conclusiones

Es importante el manejo de la ecografía, pues permite realizar una detección temprana de patologías que pueden comprometer la vida de los pacientes, de una forma rápida, económica, accesible y no invasiva.

Palabras Clave

Tiroides, Tumor, Bocio.

ÁREA: ENDOCRINO

Debut diabético tras pancreatitis crónica con episodios de reagudización

Fernández Carreño I¹, Giménez Ramón M², Bravo Arrebola I³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Norte. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Berja. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 61 años que acude para revisión tras diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Historia clínica

Antecedentes Personales: no alergias a medicamentos. No FRCV. No hábitos tóxicos. Insuficiencia pancreática. Tres ingresos en digestivo: el primero debido a una pancreatitis aguda necrotizante con colección necrótica peripancreática de origen biliar, el segundo por pancreatitis aguda leve con pancreatitis crónica focal y el último ingreso tuvo una nueva reagudización. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía. -Tratamiento habitual con KREON.

Enfoque individual. Anamnesis: el paciente inició tratamiento con metformina 1 g/empaglifozina 5 mg hace tres meses debido a la presencia de glucosa basal alterada (276 mg/dl) asociada a polaquiuria, polidipsia y pérdida de 20 kilos de peso relacionados con los ingresos por pancreatitis aguda. Actualmente refiere escasa mejoría clínica, con presencia de mareos y cansancio. No vómitos ni náuseas. No diarrea.

Exploración física: BEG. Normohidratado. Eupneico. TA: 130/74. FC: 85 lpm. Sat. O₂: 98%. Afebril. NRL: pupilas isocóricas y reactivas. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad conservada. No disimetrías. ACR: rítmico sin soplos. Murmullo vesicular normal. Abdomen: blando, depresible, sin masas. No dolor a la palpación, ni defensa. MMII: sin hallazgos patológicos.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea: bioquímica: glucosa 388 mg/dl, perfil tiroideo, hepático y renal normales. Sodio y calcio

normales. HbA_{1c} 14,5%. Sedimento de orina sin hallazgos patológicos.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: diabetes Mellitus insulinodependiente por pancreatitis crónica.

Diagnóstico diferencial: diabetes Mellitus tipo 2. Insuficiencia Renal. Hipercalcemia. Insuficiencia hepática.

Tratamiento, planes de actuación: recomendaciones dietéticas (alimentación baja en hidratos de carbono). Ejercicio moderado y regular. Tratamiento con Toujeo y Actrapid. Controles glucémicos. Seguimiento en consulta.

Evolución

El paciente presentó mejoría clínica y de sus niveles de glucemia tras unas semanas con el nuevo tratamiento.

Conclusiones

La Diabetes Mellitus tipo 1 suele diagnosticarse en pacientes jóvenes donde debido a diversos factores genéticos o ambientales se produce una destrucción autoinmune del páncreas que lleva al déficit de insulina. El diagnóstico se realiza a través de la clínica (polidipsia, poliuria, pérdida de peso...) y alteraciones analíticas (glucemia y HbA_{1c}). En este caso podemos observar una perspectiva diferente y ver como un paciente de edad avanzada donde se sospechó una diabetes tipo 2 debido a sus características, realmente presentaba un debut diabético insulinodependiente por la destrucción de las células pancreáticas debido a una pancreatitis crónica.

Palabras Clave

Pancreatitis Crónica, Diabetes Mellitus, Hiperglucemia, Diagnóstico Diferencial.

ÁREA: ENDOCRINO

Enfermedad de graves en adolescentes, a propósito de un caso

Ortiz Méndez M¹, Casquero Sánchez J², Nieto Espinar Y²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares San José. Linares (Jaén)

² Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Médico de familia.

Motivos de consulta

Compresión de la garganta, cansancio excesivo y palpitaciones.

Historia clínica

Mujer de 15 años que tras varios meses con molestias de garganta de carácter opresivo consulta porque ha notado cansancio para actividades deportivas, pérdida de peso, palpitaciones en reposo e insomnio.

Enfoque individual: sin antecedentes personales de interés.

A la exploración: palpación de bocio tiroideo sin palpación de nódulos ni adenopatías.

Pruebas complementarias: analítica con TSH 0.01, tirotoxina 5.49, ac. Antitiroglobulina 157, ac anti peroxidasa tiroidea 535.8. Ecografía de tiroides: patrón difuso de disminución de la ecogenidad con aumento de la vascularización (“infierno vascular”) con el Doppler color.

Enfoque familiar y comunitario: el médico de familia debe conocer la gravedad de las patologías en los distintos rangos de edad, en este caso, en la adolescencia como repercusión para el desarrollo. Conocer el tratamiento, control evolutivo de los parámetros clínicos, así como las posibles complicaciones graves como crisis tirotóxica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hipertiroidismo en

la Enfermedad de Graves. Tiroiditis aguda. Enfermedad tiroidea no autoinmune: bocio multinodular tóxico, Nódulo autónomo solitario. Adenoma hipofisiario secretor de TSH. Hipertiroidismo inducido por yodo.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente se encuentre en tratamiento con propranolol 0,5 mg cada 24 h para disminuir las palpitaciones, tirodril 10 mg uno cada 8 h y control en dos semanas para ver evolución clínica y control de los síntomas clínicos, antropométricos, datos clínicos, y cambios de posología en caso de necesidad en las próximas consultas.

Evolución

Control de las palpitaciones y cansancio tras el tratamiento con propranolol. En la analítica siguiente presentaba mismos valores de TSH y tirotoxina. Se prevé un control sucesivo de datos antropométrico, sintomatológicos, modificación de posología y posibles efectos secundarios al tratamiento recogidas en tablas para posterior análisis evolutivo.

Conclusiones

Tener un buen control del manejo endocrino es importante por las repercusiones clínicas. Tener presente el uso de los recursos como es la ecografía en el CS con el fin de mejorar, orientar y confirmar el diagnóstico, completando así una exploración clínica.

Palabras Clave

Enfermedad de Graves, Bocio Tiroideo, Hipertiroidismo.

ÁREA: ENDOCRINO

Hipomagnesemia por toma de esomeprazol

Corrales Cidoncha A¹, Curado Mateos M², Gallego Gallego E³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

CS.

Motivos de consulta

Control rutinario.

Historia clínica

Paciente de 70 años con HTA, DLP y gastritis crónica como antecedentes personales. No hábitos tóxicos. En tratamiento con fenofibrato, enalapril y esomeprazol. Acude a consulta para analítica de control, objetivándose unas cifras de magnesio de 0.73 mg/dl, en las analíticas previas ya venía presentando hipomagnesemia leve. Entre las posibles causas, el paciente se encuentra en tratamiento con esomeprazol.

Enfoque individual: a la exploración física el paciente no presenta parestesias, ni clínica neurosensible. Tonos puros y rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado a la auscultación cardiopulmonar. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, no molestias a la palpación profunda, no signos de irriación peritoneal. No presenta alteración en el tránsito digestivo.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hipomagnesemia

secundaria a toma continua de IBP.

Tratamiento, planes de actuación: retiramos Esomeprazol y pautamos famotidina. Se pauta, a parte, suplementos de magnesio, realizando controles de cifra de magnesio.

Evolución

Tras suspender tratamiento con IBP y tras pauta de Mg, conseguimos normalizar de forma progresiva los parámetros analíticos de Mg.

Conclusiones

La hipomagnesemia es la concentración sérica de magnesio inferior a 1.8 mg/dl. Sus causas incluyen ingesta y absorción inadecuada o aumento de la excreción secundaria a hipercalcemia o a consumo de fármacos. Las características clínicas suelen deberse a la hipopotasemia y la hipocalcemia asociada y abarcan letargo, tetania, convulsiones o arritmias, aunque algunos pacientes pueden encontrarse asintomáticos. El tratamiento es tratar la causa y corrección de Mg con sales de magnesio por vía oral o sulfato de magnesio por vía intravenosa o intramuscular en presencia de hipomagnesemia grave o intolerancia a vía oral.

Palabras Clave

Toma Continua de Esomeprazol, Gastritis Crónica, Hipomagnesemia.

ÁREA: ENDOCRINO

¿Corticoides como antidepresivo?

Ruiz Jiménez A¹, García Sánchez I², Rodríguez Ruíz S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algarrobo. Málaga

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Viñuela. Málaga

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Vélez-Sur. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Decaimiento y pérdida de peso.

Historia clínica

Paciente que acude por astenia e hiporexia de meses de evolución, acompañada de sensación de ahogo y mareos ocasionales. Pérdida de peso entre 15 y 20 kg en 1 año. Tendencia a la hipotensión. Valorada por Psiquiatría con mejoría subjetiva tras pautar tratamiento.

Exploración física: BEG. COC. Bien hidratada y perfundida. Hiperpigmentación cutánea. Eupneica. TA: 95/63 mmHg, FC 81 lpm, Sat. O₂ 99%. IMC 20.45. ACP y abdómenes normales.

Pruebas complementarias: ECG en RS sin alteraciones significativas. Hemograma y bioquímica con TSH normales. RX tórax y abdomen: normales.

Enfoque individual: mujer 73 años. NAMC. AP: hipotiroidismo. Meningioma calcificado. Cáncer mama izquierda intervenido y RT postoperatoria, de alta por Oncología. Sd depresivo. Fatiga crónica. Tratamiento habitual: Eutirox, AAS, paroxetina, lorazepam, zolpidem.

Enfoque familiar y comunitario: no necesario.

Juicio clínico: síndrome constitucional a estudio.

Diagnóstico Diferencial: depresión. Trastorno de somatización. Fibromialgia. Anomalías electrolíticas. Insuficiencia suprarrenal.

Insuficiencia cardíaca congestiva. Iatrogenia (benzodiazepinas, antidepresivos).

Tratamiento, planes de actuación: optimización de tratamiento antidepresivo y derivación a Medicina Interna.

Evolución

A la valoración por Medicina Interna, la paciente además presentaba síntomas gastrointestinales. Se sospecha posible insuficiencia suprarrenal (Enfermedad de Addison) y se procede a ingreso ante la situación clínica. Se solicita test de estimulación con ACTH, analítica completa y TC abdomen. Resultados compatibles con insuficiencia suprarrenal por cortisol y aldosterona disminuidos, hallándose hiponatremia e iniciándose corticoterapia. En revisiones posteriores en consulta, la paciente presenta mejoría del estado de ánimo, ganancia ponderal y mejor control tensional.

Conclusiones

Los trastornos del estado de ánimo pueden tener una etiología orgánica, que debemos descartar antes de centrarnos solamente en el ámbito psiquiátrico. Los pacientes con insuficiencia suprarrenal primaria crónica pueden presentar síntomas y signos de deficiencia de glucocorticoides, mineralocorticoides y, en las mujeres, de andrógenos. Algunas características comunes son fatiga, pérdida de peso, náuseas, vómitos y dolor abdominal, hiperpigmentación cutánea, hipotensión postural, hiponatremia, depresión y deterioro de la memoria, entre otras.

Palabras Clave

Enfermedad de Addison, Astenia, Depresión.

ÁREA: ENDOCRINO

HTA resistente a tratamiento

Valverde Bascón B¹, Esojo García M², Álvarez Limpo A³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Lucena (Córdoba)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba

³ Médico de Familia. CS Poniente. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

HTA mal control.

Historia clínica

Mujer 37 años, presenta HTA de 2 años de evolución resistente al tratamiento con IECA y betabloqueantes. Acude por cifras repetidas de TA 140/100 y síncope de repetición. ECG: RS a 75 lpm, eje normal, PR 0,16 ms, sin alteraciones de ST ni repolarización. Optimizamos tratamiento con valsartan+hidroclorotiazida y lercanidipino y derivación a Cardiología. En Cardiología realizan Holter y ecocardiograma y analítica (hemograma, bioquímica, h. tiroideas, catecolaminas en orina y cortisol en orina y plasma) con resultados normales. Descartándose causa cardiológica.

Vuelve a consultar en AP por TA de 145/98. Se pide AMPA y nueva analítica con valores normales a excepción de K 3,3. Solicitamos ECO de abdomen (que la paciente no se realizó) y derivación a Nefrología para descartar patología renovascular. En Nefrología realizan analítica con valores de cociente aldosterona/renina 277:1; K 3,2; y AngioTAC sin evidenciar estenosis en arterias renales ni imágenes patológicas en suprarrenales. Se ajusta tratamiento hipertensivo con ramipril, indapamida, amlodipino y doxazosina. Se deriva a Endocrino para realización de sampling o cateterismo de venas suprarrenales para confirmación de hiperaldosteronismo Primario Bilateral o Unilateral.

Enfoque individual: cesárea en marzo-21. COVID-19 en Feb-21.

Enfoque familiar y comunitario: sin AF.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hiperaldosteronismo 1º. HTA Esencial. Feocromocitoma. Sd. Cushing.

Tratamiento, planes de actuación: dieta Hiposódica y Espironolactona o Eplerenona.

Evolución

Tras realización de sampling y valoración de aldosterona/cortisol en venas suprarrenal se observó que la relación entre el cociente A/C de la glándula suprarrenal derecha con respecto a izquierda era <3, subjetivo de hiperplasia suprarrenal bilateral. De tal forma, se excluye la indicación de Cirugía y se indica el tratamiento médico.

Conclusiones

El Hiperaldosteronismo Primario es la causa Endocrinológica más frecuente de HTA. Para su Despistaje nos basamos en que el cociente Aldosterona/Renina, si este es >50 es muy sugestivo. Las pruebas de confirmación más utilizadas son: infusión salina iv. Sobrecarga oral de Na y supresión con fludrocortisona. El cateterismo de Venas Suprarrenales tiene su principal indicación como Diagnóstico etiológico, y suele emplearse como Gold Estándar para valorar cirugía, ya que en muchas ocasiones la diferencia entre Adenoma e Hiperplasia en el TC es difícil por el pequeño tamaño de algunos adenomas.

Palabras Clave

HTA Secundaria, Hiperaldosteronismo Primario, Sampling Suprarrenal.

ÁREA: ENDOCRINO

Debut diabético tipo 1 en paciente septuagenaria

Vilches Aguilera M¹, González Moro P¹, Ortuño García A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Olivillo. Cádiz

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Olivillo. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Malestar general y pérdida de apetito.

Historia clínica

Paciente mujer de 77 años con antecedentes personales de hipotiroidismo autoinmune e hipertensión bien controlada. Analítica previa (2 meses) con glucosa basal en 115 mg/dl. Acude por clínica de polidipsia, polaquiuria, calambres en miembros inferiores, pérdida de apetito y de peso (3 kg). Refiere astenia de 2 semanas de evolución, sin otros síntomas.

A la exploración, buen estado general, sin hallazgos en exploración cardiopulmonar ni abdominal.

Enfoque individual: tratamiento del debut diabético.

Enfoque familiar y comunitario: control de paciente mayor.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se solicita analítica general: hemograma y coagulación sin alteraciones. Glucemia 1003 mg/dl. Urea 82 mg/dl. Creatinina 2,5 mg/dl. Na 122 mEq/L, K 6.03 mEq/L, Cl 81 mEq/L, Ca 10.7 mEq/L. pH 7.33 bicarbonato 22.6 mmol/L. Orina: cuerpos cetónicos 50 mg/dl, glucosa 1000 mg/dl, proteínas 25 mg/dl. Se administran 20UI de insulina rápida y suero fisiológico. Persiste BEG. En una segunda analítica se obtiene: glucemia 445 mg/dl. Urea 75 mg/dl. Creatinina 2.3 mg/dl. Na 125 mEq/L, K 3.94 mEq/L, Cl 87 mEq/L. pH 7.34, bicarbonato 24.2 mmol/L.

Tratamiento, planes de actuación: ante su buen estado clínico, la paciente rechaza ingreso a pesar de ser advertida de los peligros que ello conlleva. Se pauta insulino terapia lantus nocturna + humalog y controles de glucemia con revisiones por parte de endocrino. La paciente firma la alta voluntaria con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

Evolución

10 días después acude a Endocrinología. Aporta analítica en la que destaca hemoglobina glicosilada en 17.1%. Controles de glucemia con cifras de hasta 490 mg/dl e hipoglucemias de hasta 33 mg/dl. Comienza tratamiento con metformina + lantus, suspendiéndose humalog, consiguiendo mejor control y menores hipoglucemias. Se diagnostica de DM tipo LADA, pero se propone analítica de HLA y anticuerpos: HLA DR4/DQ8 (asociado a riesgo de DM1). Insulina 55.6 pmol/L. Péptido C 2,42 ng/ml. GAD 120 U/ml. IA2 29,2 U/ml. ICA positivos 1/40. Tras estos hallazgos (los 3 anticuerpos marcadamente positivos) se llega al diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus Tipo 1.

Conclusiones

La edad, no puede utilizarse como criterio para descartar un diagnóstico. En caso de clínica clara, solicitar anticuerpos independientemente de la edad del paciente. La Diabetes Mellitus tipo LADA tiende una progresión lenta, que la diferencia de la Diabetes tipo 1, más aguda. Los niveles de anticuerpos en LADA son inferiores a los presentes en Diabetes Mellitus tipo 1, aunque no exista un corte claro.

Palabras Clave

DM1, LADA

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

"Bultoma en pandemia"

Rodríguez Pérez M, De Oliveira Seruca V

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Hospital Punta Europa, Algeciras (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Adenopatía.

Historia clínica

Varón 48 años.

No RAMC. Sin FRCV. Exfumador. No refiere IQX. Pareja estable con dos hijos sanos.

El paciente consulta por aparición de adenopatías en varias localizaciones, además de pérdida de peso desde hace 1 año de manera intencionada. No sudoración nocturna ni fiebre.

Exploración: adenopatías latero-cervicales de unos 2cms no adheridas, otras en axila; además de presencia de lesión eritemato-violácea en brazo derecho de poco tiempo de evolución.

Enfoque individual: se solicita analítica preferente ambulatoria: se detecta positividad a VIH (ELISA) que posteriormente se confirma (Western-Blot). Resto analítica sin alteración importante.

Enfoque familiar y comunitario: se realizan pruebas de cribado y detección de VIH a su mujer siendo negativo el resultado. No otras parejas sexuales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: infección por VIH con criterios de SIDA por diagnóstico concomitante de Sarcoma de Kaposi cutáneo y digestivo.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a Enfermedades Infecciosas: IGG VHA positivo, no inmunizado a VHB y, VHC negativo. CD4 + 208 y carga viral (CV) 149000 copias. RX tórax y ecografía abdominal: sin hallazgos; y colonoscopia (que finalmente se realiza por privado: sospecha condiloma). Inicio tratamiento antirretroviral (TAR): Biktary (emtricitabina/tenofovir). A los 6 meses de inicio TAR, CD4+ 281 y CV 53 copias. Biopsia-Punch de lesión cutánea en brazo: compatible con sarcoma Kaposi "lesión en placa". Ante alta sospecha se deriva de forma muy preferente (desde Atención Primaria) a Digestivo del SNS para repetir colonoscopia: "lesiones de tipo nodular de diferentes tamaños, con superficie de aspecto vascular, se biopsia: hallazgos compatibles con Sarcoma de Kaposi". Se deriva a Oncología médica para comienzo de QT por Sarcoma de Kaposi digestivo y cutáneo.

Evolución

Actualmente en tratamiento activo con QT además de TAR.

Conclusiones

Cabe destacar la labor del Médico de Familia en la detección precoz del diagnóstico de esta enfermedad, la rapidez y preocupación con una citación frecuente del paciente a las consultas de Atención Primaria, la solicitud de multitud de pruebas y la derivación preferente a las especialidades hospitalarias correspondientes para comenzar el tratamiento lo antes posible y que el paciente pudiera beneficiarse cuanto antes del tratamiento.

Palabras Clave

Adenopatía, VIH, SIDA.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Doctora, estaba limpiando y me ahogo

De Tena Ferre L¹, Pérez Soto E², Díaz Jiménez C³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Camas (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Disnea y sibilancias.

Historia clínica

Paciente que acude a urgencias de su CS por empeoramiento de su disnea habitual de dos días de evolución, después de usar productos de limpieza (lejía que mezcló con amoníaco). Disnea que se acompaña de tos, expectoración herrumbrosa, sibilantes intensos y fiebre de hasta 38°C. Continúa fumando. Refiere episodios de disnea, pero de menor intensidad en relación al uso de estos productos de limpieza.

Exploración física: regular estado general, afebril y estable hemodinámicamente. Consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada y bien perfundida. Algo disneica en reposo, pero sobre todo al habla, manteniendo saturaciones de O₂ de 93% con GN a 2L. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica a buena frecuencia, 100 lpm. Campos pulmonares con murmullo vesicular conservado y abundantes sibilantes espiratorios bilaterales.

Se deriva al hospital de referencia donde se ingresa en Neumología y se realizan las siguientes pruebas complementarias: analítica: hemograma: 17,720 leucocitos con 89% de neutrofilia. ProBNP: 311 pg/ml. PCR: 154,7 mg/L. Resto normal. Antigenuria legionella y neumococo negativo. Cultivo de esputo: se aísla serratia rubidaea, sensible a levofloxacino. PCR de COVID-19 negativo. RX de tórax: ICT normal. Infiltrado alveolo-intersticial bilateral de predominio en base derecha de cronología aguda si comparamos las radiografías previas.

Enfoque individual: personales: NAMC. FRCV: obesidad, HTA. Hipertrigliceridemia. DM tipo 2. Consumo acumulado de más de 50 paquetes/año. Desde el punto de vista respiratorio: valorada en consultas de neumología con diagnóstico de tabaquismo, hiperreactividad bronquial, obesidad y SAHS leve.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares respiratorios.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neumonitis química por inhalación de lejía+amoníaco en paciente diagnosticada de hiperreactividad bronquial. Sobreinfección infecciosa por Serratia rubidaea.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento con levofloxacino. Abandono del hábito tabáquico.

Evolución

Durante su ingreso en planta ha evolucionado de forma favorable, disminuyendo la sensación de disnea y los sibilantes. Ha mejorado progresivamente la hipoxemia acompañada de una rápida mejoría radiológica.

Conclusiones

Este caso es un claro ejemplo de la importancia del Médico Familiar y Comunitario en la identificación de signos y síntomas de alarma para la realización de un tratamiento definitivo de forma rápida. Posteriormente, el Médico Familiar y Comunitario deberá insistir en el abandono del hábito tabáquico, así como en el control de las comorbilidades.

Palabras Clave

Disnea, Neumonitis, Tabaquismo.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

“Motivo de consulta: la lumbalgia, tan frecuente y tan traicionera”

Mentado Sosa B¹, Serrano Rodríguez L², Del Valle Vázquez L²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Campo de las Beatas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dorso lumbalgia.

Historia clínica

Paciente de 62 años con antecedentes personales: exfumador, exbebedor. FRCV: HTA, DM2, DLP. Hipertensión portal, esteatosis hepática. EPOC tipo bronquítico crónico. Insuficiencia venosa profunda. Trastorno depresivo y como antecedentes traumatológicos, cervicoartrosis. Acude a nuestra consulta por dolor dorsolumbar no irradiado a MMII de una semana de evolución. No asocia pérdida de fuerza ni alteración de continencia de esfínteres. No apofisalgia ni datos de alarma. Siendo valorado en 4 ocasiones en consultas de Atención Primaria y urgencias hospitalarias con radiografías compatibles con artrosis. Con tratamiento analgésico intensificado progresivamente sin mejoría. Tras tres semanas acude nuevamente por hematuria franca.

Enfoque individual: desde Atención Primaria debido a la persistencia de la lumbalgia y el inicio de la hematuria se solicitan marcadores tumorales y se deriva a centro hospitalario para realización de: ecografía, urocultivo, hemocultivo y valoración por urología. A los dos meses del comienzo de la valoración de nuestro paciente ha evolucionado presentando un síndrome constitucional, dolor lumbar con amenización

progresiva sin hematuria, y PCR en ascenso (113).

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: dorso lumbalgia. Como diagnóstico diferencial tenemos en cuenta: proceso neoplásico y lumbalgia infecciosa.

Tratamiento, planes de actuación: metamizol, paracetamol, tramadol y un ciclo de ciprofloxacino por la hematuria. Replanteamos derivación a hospital para descartar posible pielonefritis y cáncer de colon subyacente.

Evolución

Se realiza TAC en el que se observa una espondilodiscitis. Se cursa su ingreso en infecciosas, durante su estancia hospitalaria se objetivan hemocultivos positivos para *Streptococcus gallolyticus* siendo la causa de la espondilodiscitis. Realizándose por protocolo colonoscopia con hallazgo de cáncer de colon y ETT con endocarditis mitral y aórtica.

Conclusiones

La importancia del diagnóstico diferencial de la lumbalgia, así como el seguimiento de otra clínica asociada desde las consultas de Atención Primaria.

Palabras Clave

Low Back Pain, Bacteremia, *Streptococcus Gallolyticus*.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Importancia del exudado en el diagnóstico y tratamiento precoz de ITS

Lorente Callejo M¹, ayora Rodríguez M²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado (Huelva)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias CS.

Enfoque familiar y comunitario: se indica necesidad de estudiar a pareja sexual.

Motivos de consulta

Secreción uretral.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: nuestra sospecha inicial en función de la anamnesis del paciente correspondía a uretritis gonocócica, realizándose diagnóstico diferencial con no gonocócica.

Historia clínica

Varón de 45 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por secreción uretral, así como dolor en genitales de 2 semanas de evolución tras mantener relaciones sexuales extramatrimoniales. Comenta molestias urinarias desde hacía una semana y aparición de dolor en fosa renal derecha en el último día. Sin cambios en el hábito deposicional, manteniéndose afebril en todo momento.

Tratamiento, planes de actuación: se pauta dosis única de azitromicina 1 g y de cefixima 400 mg VO basándonos en las guías terapéuticas antimicrobianas de la zona. Además, se indica evitar las relaciones sexuales hasta conocer los resultados del estudio. Se contacta con su Médico de referencia para posterior control.

Enfoque individual: a la exploración presenta BEG, estando consciente y orientado en las tres esferas. Eupneico en reposo, bien hidratado y perfundido. En la auscultación cardiopulmonar no se detectan hallazgos de interés. Presenta abdomen blanco y depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada sin signos de irritación peritoneal, siendo el puño percusión renal bilateral negativa. En los testículos no se objetivan signos inflamatorios locales ni indica dolor a la palpación. No se visualizan secreciones balano-prepuciales por llevar papel higiénico en los calzoncillos, encontrándose estos algo manchados. Se solicita combur test, para descartar ITU, presentando resultado negativo. Aunque el exudado uretral no pertenezca a las pruebas del área de Urgencias se decide toma de muestra de la escasa secreción y se cursa la petición para facilitar el seguimiento, así como ajuste de medicación por parte de su MAP.

Evolución

La anatomía patológica indica presencia de diplococos gram-negativo compatibles con *Neisseria SPP* en el exudado.

Conclusiones

Ante detección de caso sospechoso de ITS en urgencias es recomendable la realización de exudado para el diagnóstico y tratamiento precoz, así como ofrecer educación sanitaria. Se ha de contactar con médico de referencia para seguimiento, estudio de contactos, descartar otras ITS y valorar estado de vacunación frente hepatitis B.

Palabras Clave

Uretritis, Exudado Uretral, Infección de Transmisión Sexual.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

La cefalea y su origen

Guerrero Mancheño G¹, España Rivera M², Martín Heredia M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán. Cádiz

Ámbito del caso

Mixto. Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Paciente varón de 17 años que acude a su CS por cefalea.

Historia clínica

Paciente varón de 17 años que acude a su CS por cefalea frontal que se irradiaba hacia zona occipital de 4 días de evolución sin otra clínica acompañante. Se le pautó antibiótico y analgesia. Tras 48 horas con tratamiento, consulta en urgencias por continuar con cefalea acompañada de fiebre y vómitos en escopetazos.

A la exploración presentaba rigidez moderada de nuca. Resto de exploración normal. Se solicitó analítica con hemograma, bioquímica, coagulación, radiografía de tórax y prueba PCR de SARS-CoV 2. En el hemograma destacó una leucocitosis de 15.600 por mm³ con un 86% de neutrófilos y proteína C reactiva de 26,5 mg/dl. El resto normal. Así mismo la radiografía de tórax sin alteraciones destacables y resultado de prueba PCR de SARS-CoV 2 negativa.

Se procedió a realizar punción lumbar destacando ligero aumento de presión de salida, la tinción de Gram fue negativa, bioquímica con 21 leucocitos (83% linfocitos), glucorraquia de 54 mg/dl, proteínorraquia de 90 mg/dl y un adenosín desaminasa de 15 U/l.

Enfoque individual: paciente de 17 años de Rumania sin antecedentes de interés, sin tratamiento y sin reacciones alérgicas

medicamentosas que residía en España desde hace 1 año.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Diagnóstico diferencial entre meningitis bacteriana, fúngica, virales o tuberculosa, abscesos cerebrales, encefalitis, empiema epidural/subdural o rinosinusitis.

Tratamiento, planes de actuación: el paciente ingresó en la Unidad de Enfermedades Infecciosas con el diagnóstico sindrómico de meningitis linfocitaria de posible etiología tuberculosa con cobertura antibiótica y aciclovir a la espera de los resultados del estudio etiológico.

Evolución

Persistía febril a las 72 horas, y la cefalea y vómitos habían empeorado. Se realizó TC craneal urgente donde se observó una colección líquida a nivel bifrontal que se extendía por la superficie de ambos lóbulos con moderado efecto masa.

Conclusiones

La cefalea es un síntoma de elevada frecuencia en Atención Primaria que requiere de una buena anamnesis y exploración haciendo hincapié en los síntomas de alarma para descartar la necesidad de derivar al paciente a urgencias y realizar pruebas complementarias.

Palabras Clave

Cefalea, Vómitos, Fiebre, Empiema Epidural.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

¿Ansiedad?

García Martín S¹, Rodríguez González D², Pérez García B³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ansiedad.

Historia clínica

Sensación de inquietud y opresión torácica de cuatro días de evolución coincidente con problemas familiares, y nueva aparición de fiebre.

Enfoque individual: mujer de 40 años, valorada días previos en consulta de urgencias de Atención Primaria por cuadro de opresión torácica e inquietud sin dificultad respiratoria, coincidiendo con problema escolar de su hijo. No se encontró ningún hallazgo patológico en la auscultación cardiopulmonar ni en el resto de la exploración de la paciente. Se realizó un electrocardiograma (ECG), informado como normal y se diagnosticó de cuadro de crisis de angustia.

La paciente acude de nuevo a consulta por persistencia y empeoramiento de los síntomas tras cuatro días de evolución, y aparición de fiebre, con pico máximo de 40º. Se reexplora a la paciente, y se realiza nuevo ECG, sin evidenciarse alteraciones. Debido al malestar clínico y a la aparición de fiebre, se deriva al servicio de urgencias hospitalario para realización de pruebas complementarias de urgencias (estudio de imagen y analítica), y comienzo de tratamiento.

Enfoque familiar y comunitario: hijo de 7 años de edad con síndrome de Down. El colegio le ha planteado recientemente la posibilidad de repetir curso.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: pericarditis aguda. Comparación de la presentación clínica, exploración física, evolución y pruebas complementarias de la crisis de angustia, la pericarditis aguda, y el infarto agudo de miocardio. Realizar un buen diagnóstico cuando existen factores clínicos de confusión y la exploración física y resultados de pruebas complementarias disponibles en atención primaria no son concluyentes.

Tratamiento, planes de actuación: se procedió al alta hospitalaria de la paciente tras 48 horas de observación. Se recomendó reposo relativo, y tratamiento domiciliario del brote, con antiinflamatorios no esteroideos en pauta descendente asociados a colchicina y antipiréticos.

Evolución

Sin complicaciones.

Conclusiones

Clasificar y realizar un correcto diagnóstico diferencial del dolor torácico es fundamental en la práctica clínica diaria del médico de Atención Primaria. Para ello la herramienta principal disponible, es la realización de una buena historia clínica, que debe ser objetiva y neutral. Las somatizaciones físicas son frecuentes, pero no debemos estigmatizar al paciente con este diagnóstico, sin antes haber hecho un estudio completo y descartado otras opciones.

Palabras Clave

Pericarditis, Fever, Chest Pain.

ÁREA: GENÉTICA Y ENFERMEDADES RARAS

Enfermedad de Rendu-Osler-Weber. ¿cómo sospecharla desde Atención Primaria?

Díaz Amorín A¹, Fernández Bonilla C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda Histórica. Sevilla

² Médico de Familia. CS Nuestra Señora del Castillo, Lebrija (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Inestabilidad de la marcha y pérdida de fuerza en hemisferio derecho.

Historia clínica

Mujer de 30 años que consulta por episodio de inestabilidad de la marcha y pérdida de fuerza en hemisferio derecho en contexto de crisis migrañosa.

Enfoque individual. Antecedentes personales: migraña en tratamiento sintomático con naproxeno y epistaxis recurrente.

Antecedentes familiares: abuelo afecto de enfermedad de Rendu-Osler-Weber y primo intervenido de malformación arteriovenosa cerebral.

Exploración física: aceptable estado general, telangiectasias en labios y lengua. Eupneica en reposo, saturando a 89%. ACP: MVC, tonos rítmicos a 82 lpm con soplo sistólico mitral. Exploración neurológica: consciente, orientada y colaboradora, pares craneales conservados, pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmus. No dismetría. Sensibilidad y fuerza conservadas. Romberg con discreto balanceo lateral.

EKG: ritmo sinusal a 82 lpm, eje normal, QRS estrecho, no alteraciones agudas de la repolarización.

Ante los hallazgos encontrados, se deriva al hospital de referencia donde se realizan paulatinamente las siguientes pruebas complementarias: analítica general incluyendo coagulación y gasometría, sin hallazgos. Radiografía de tórax que muestra imagen nodular paracardiaca en hemitórax izquierdo. Ecocardiograma normal. TC de cráneo con área de menor atenuación en lóbulo anterior de

hemisferio cerebeloso. TC de tórax que evidencia múltiples malformaciones arteriovenosas, la mayor, que implica a vascularización segmentaria, situada en la llingula. En RMN de cráneo, imagen compatible con lesión isquémica subaguda en el lóbulo anterior del hemisferio cerebeloso derecho.

Enfoque familiar y comunitario: familia nuclear con parientes próximos, etapa I (formación familiar). Familia normofuncional. Red social con alto apoyo emocional e interacción social positiva.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad de Rendu-Osler-Weber. Fístula arteriovenosa pulmonar. Ictus isquémico en lóbulo anterior del hemisferio cerebeloso derecho. Se planteó el diagnóstico diferencial con accidente cerebrovascular y, como diagnósticos menos probables, rotura de aneurisma cerebral y migraña.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente ingresó en medicina interna para estudio y tratamiento.

Evolución

Durante su evolución mostraba torpeza de mano derecha y disgrafía que evolucionó satisfactoriamente con notable mejoría del déficit, se planteó embolización de fístula AV pulmonar y fue tratada con oxigenoterapia manteniendo saturación por encima del 92% con la que fue dada de alta.

Conclusiones

Los criterios diagnósticos para enfermedad de Rendu-Osler-Weber son epistaxis recurrentes, telangiectasias mucocutáneas, malformaciones arteriovenosas en órganos internos e historia familiar.

Palabras Clave

Arteriovenous Fistula, Stroke, Primary Care.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

¡Doctor, estoy embarazada y desde hace una semana no paro de rascarme!

Contreras Hazañas M, Marín López C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias y Ginecología-Obstetricia.

Motivos de consulta

Mujer de 40 años embarazada que consulta por prurito generalizado.

Historia clínica

Embarazada de 32 semanas de gestación que acude al servicio de urgencias por prurito generalizado, más intenso palmo-plantar y durante la noche. No presenta náuseas ni vómitos, ni dolor abdominal, ni ictericia.

Enfoque individual: antecedentes personales de parto pretérmino. El embarazo fue conseguido por hiperestimulación ovárica. Estaba en seguimiento estrecho por diabetes gestacional controlada con dieta e insulinización por parte de Endocrino. Tras episodio de urgencias, se estudia en Atención Primaria donde se objetiva un aumento significativo de transaminasas y fosfatasa alcalina, así como una bilirrubina directa en valores en el límite alto de la normalidad. Sospechando una colestasis intrahepática del embarazo se comienza tratamiento con ácido ursodeoxicólico y se deriva a la unidad de enfermedades médicas coexistentes en el embarazo.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente necesitó varias consultas de planificación familiar para buscar distintas alternativas para quedarse embarazada y abordar finalmente la hiperestimulación ovárica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fue diagnosticada

de colestasis gravídica. Entre el diagnóstico diferencial de prurito en embarazadas hay que incluir prurito gravídico, herpes gestacional u otras enfermedades sistémicas ajenas al embarazo.

Tratamiento, planes de actuación: se pautó ácido ursodeoxicólico y antihistamínico como tratamiento, así como se planificó la finalización de la gestación en la semana 37^a tras explicar los riesgos perinatales de la enfermedad.

Evolución

El prurito desapareció tras la finalización del embarazo. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y sin seguimiento.

Conclusiones

La colestasis gravídica es mucho más frecuente en mujeres con antecedentes de hiperestimulación ovárica, que da lugar a niveles séricos de estrógenos marcadamente elevados. Es aconsejable la planificación del final de la gestación para evitar complicaciones fetales como muerte intrauterina o parto prematuro, así como neonatales, como síndrome de dificultad respiratoria. En Atención Primaria, después del parto, se recomienda el seguimiento de la función hepática de aquellas pacientes que continúen sintomáticas, ya que tienen mayor riesgo de enfermedades de la vía biliar. Debemos tener en cuenta la posibilidad de recurrencia de esta enfermedad en embarazos posteriores.

Palabras Clave

Pruritus, Intrahepatic Cholestasis, Pregnant Woman.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Mastitis subaguda e ingurgitación mamaria en primípara lactante

Sánchez Bonilla E, Fernández Mercado F

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención primaria.

Motivos de consulta

Dolor mamario en lactante.

Historia clínica

Mujer de 32 años, sin antecedentes de interés, primípara, lactante, puérpera que, desde los 30 días de evolución, siente dolor mamario. De nuevo consulta por dolor.

Enfoque individual: siente frustración por el dolor que siente durante la lactancia y preocupación por si el bebé no se estuviera alimentando bien.

Enfoque familiar y comunitario: casada, con apoyo de su marido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: mastitis subaguda e ingurgitación mamaria. Mastitis aguda, absceso mamario, destete brusco y carcinoma mamario. Es un diagnóstico cuya complejidad radica en que además de la exploración a la madre, debemos explorar al bebé (debemos observar el frenillo del bebé y como succiona) ya que, si hay una lactancia errónea, podría ser el origen de todo, y de no poner solución, el problema remite y hay que tener experiencia para detectarlo. La exploración física de la paciente es normal y no aparecen síntomas generales ni fiebre.

Tratamiento, planes de actuación: realizar cultivo de la leche con antibiograma, tratamiento antibiótico con cefadroxilo 1 g/6 horas, ibuprofeno 400 mg/8 horas, probióticos específicos de lactancia durante un mínimo de 3 meses, medidas higiénico dietéticas (calor local antes de las tomas, frío tras las tomas, completar el vaciado del pecho con extracción manual tras las tomas). Analítica completa. Revisamos el bebé y la succión, observamos si ésta se realiza de forma adecuada y debemos examinar la presencia de anquiloglosia por si fuera necesaria la derivación del bebé a cirugía infantil.

Evolución

Tras el tratamiento médico en la mujer y la cirugía realizada al bebé, el cuadro se resolvió.

Conclusiones

Cuando tenemos una paciente con una mastitis subaguda recidivante, debemos pensar de manera global e introducir en el diagnóstico al bebé y su succión, ya que, de no hacerlo así, podemos estar dejando fuera el origen del problema y prolongar la situación. En este caso, el origen de la mastitis subaguda recidivante era una anquiloglosia del bebé, que le impedía una correcta succión, provocando una ingurgitación mamaria, que se solucionó con la cirugía de ésta

Palabras Clave

Breast Infection, Mastitis y Mastitis durante la Lactancia.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

"Infecciones urinarias de repetición" con urocultivos negativos

Herrada Diaz E¹, Montoya Fernández M², Flores Soto M¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ejido Norte. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adra. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varios Motivos.

Historia clínica

Nuestra paciente es María de 56 años. Presenta cefalea de forma intermitente, de predominio vespertino, opresivo, que calma con paracetamol. Además, nos solicita una analítica de control, le preguntamos por su AMPA, que no realiza. Por otro lado, solicitamos citología (le tocaba hace dos años), y verificamos que tiene mamografía sin alteraciones el año pasado. Refiere disuria, que alterna con prurito vaginal, sin otros síntomas desde hace 2 meses, con múltiples tratamientos antibióticos en urgencias, con mejoría levemente tras ellos. También se trató como vaginosis bacteriana. Combur test: con leucocituria, urocultivo negativo.

Enfoque individual: HTA, no intervenciones quirúrgicas, no hábitos tóxicos, en tratamiento con enalapril. Exploración neurológica normal. Revisamos AMPA, y analítica (sin alteraciones). Durante la citología objetivamos un grado de atrofia III, con cambios celulares reactivos a atrofia en el informe de la citología.

Enfoque familiar y comunitario: maría vive con su marido que es camionero, ella es ama de casa y principal cuidadora de su suegra desde hace un año. Previamente trabajaba en almacenes hortofrutícolas. No tiene tiempo libre para actividades deportivas o de ocio.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: abordamos con María los cambios que se están produciendo en su entorno, nos confiesa que perder su independencia le está afectando. Presentó su última menstruación a los 51 años, y preguntándole nos confiesa que ya no mantiene relaciones con su marido. En el diagnóstico diferencial de los síntomas tracto urinario inferior en mujeres: cistitis, sgum...

Tratamiento, planes de actuación: hablamos sobre los cambios propios tras la menopausia, y cómo mejorar los síntomas. Indicamos hidratación vaginal, lactobacillus vaginal, explicamos ejercicios de Kegel, fomentamos actividad física como pilates en el centro municipal.

Evolución

Gracias a la trabajadora social, María consiguió ayuda domiciliaria, invirtiendo ese tiempo en ella. Con el tratamiento y las intervenciones mejoró en todas las esferas.

Conclusiones

En este caso vemos claramente como no podemos tratar únicamente síntomas o pruebas, sino que hay que conocer el entorno de los pacientes. Pensar en el caso de las mujeres postmenopáusicas en el SGUM, infradiagnosticado y que tanto afecta a la calidad de vida. Incluso podemos abordarlo previamente como parte de la prevención.

Palabras Clave

Sgum, Atrofia, Itu.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

A propósito de un caso de enfermedad pélvica inflamatoria

Real Ojeda R¹, Moreno Torres F²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Febrícula, dolor abdominal difuso y distensión abdominal

Historia clínica

Mujer de 48 años, portadora de DIU Mirena. G1P1. Sospecha de alergia a Penicilina en la infancia, sin estudios previos. No otros antecedentes personales de interés.

Enfoque individual. Anamnesis: dolor abdominal difuso y febrícula de 48 h de duración.

Exploración física y pruebas complementarias: sensación de empastamiento y distensión abdominal en hemiabdomen inferior, muy doloroso a la palpación, incluso de manera superficial, con defensa. Orina de características patológicas. Se realiza ecografía clínica identificando imagen quística anexial izquierda y se deriva a los servicios de urgencias hospitalarios. Elevación de los Reactantes de Fase Aguda (16.5000 leucocitos a expensas de neutrofilia y PCR 200). TAC abdominal con contraste urgente: absceso tubo ovárico como complicación de una enfermedad pélvica inflamatoria dependiente de la trompa de Falopio izquierda. Exudado vaginal negativo a candida, Trichomonas y vaginosis bacteriana. Exudado endocervical gonococo negativo, PCR para Chlamydia y Mycoplasma negativo. Urocultivo negativo. Hemocultivos negativos.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: enfermedad Pélvica

Inflamatoria (EPI) Complicada.

Tratamiento, planes de actuación: se cursa ingreso para antibioterapia intravenosa con metronidazol y doxiciclina, completándolo al alta por vía oral.

Evolución

A los 3 meses acude de nuevo a nuestra consulta de nuevo con un cuadro similar, aunque peor estado general que el primero. Se vuelve a derivar a los servicios de urgencias detectándose más colecciones tubo ováricas. Se realiza PAAF de la colección derecha para drenaje y cultivo de la muestra. Se inicia esta vez antibioterapia intravenosa con amoxicilina/clavulánico. Se retira DIU, con cultivo donde se aíslan Escherichia Coli multisensible. Se opta por aptitud expectante con controles radiográficos trimestrales.

Conclusiones

La enfermedad inflamatoria pélvica es una infección severa, normalmente polimicrobiana, del tracto genital femenino, con un diagnóstico fundamentalmente clínico. Se debe de considerar ante mujer en edad reproductiva con dolor pélvico, ya que es fundamental el inicio precoz del tratamiento antibiótico empírico, incluso en ocasiones quirúrgico, para evitar posibles secuelas, potencialmente severas. Los abscesos tubo ováricos son complicaciones frecuentes y su resolución puede ser lenta e insidiosa, pero también tenemos tener en cuenta que puede causar esterilidad y dolor pélvico crónico, entre otras entidades.

Palabras Clave

Enfermedad Pélvica Inflamatoria, Absceso Tuvoo-ováricos, Dolor Abdominal.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Masa anexial en paciente joven. ¿teratoma o algo más?

Román Álvarez M¹, Medina Vizueté A², Serrano de los Santos M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

² Médica de Familia Adjunta. Urgencias Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Náuseas y malestar general de 7 meses.

Historia clínica

Mujer de 20 años que consulta por astenia, náuseas y malestar general de 7 meses de evolución al que asocia pérdida de 10 kilos y dismenorrea progresiva.

Enfoque individual. Antecedentes personales: sin alergias, consumidora de cannabis, síndrome ansioso-depresivo, fibroadenoma en mama derecha.

Anamnesis: mujer de 20 años que consulta por náuseas y malestar general de 7 meses de evolución. Asocia pérdida de 10 kilos y dismenorrea.

Exploración: en abdomen se palpa masa en hipogastrio que alcanza la zona periumbilical.

Pruebas complementarias: analíticas normales. Radiografía simple de abdomen: calcificaciones en zona pélvica. Ecografía abdominal: masa pélvica de 13x10 cm, que sugiere como primera posibilidad diagnóstica teratoma quístico.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente vive con su madre, cuyos antecedentes destacan un síndrome ansioso-depresivo y un cáncer de mama, y con su hermano, consumidor de cannabis y cocaína.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: teratoma ovárico

derecho. Como diagnóstico diferencial se incluyen todas las lesiones tumorales ováricas, tanto benignas como malignas.

Tratamiento, planes de actuación: quistectomía por vía laparoscópica.

Evolución

Ante los hallazgos ecográficos se deriva a la paciente a Urgencias para valoración por Ginecología, Deciden ingreso para completar estudio, siendo la paciente diagnosticada de teratoma ovárico derecho. Se realiza quistectomía por vía laparoscópica. Cuatro días después es dada de alta. A la semana reconsulta por dolor y vómitos. Se realiza nueva ecografía donde se aprecian colecciones en útero que dependen de ovario derecho. Se ingresa a la paciente y se realiza laparotomía exploradora, siendo diagnosticada finalmente por la anatomía patológica de Struma Ovarii.

Conclusiones

El Struma Ovarii es un tumor ovárico infrecuente caracterizado por la presencia en su seno de tejido tiroideo. El 7% de los teratomas ováricos contienen tejido tiroideo y se acepta el término Struma Ovarii cuando dicho tejido representa más del 50% del volumen total del teratoma. Para el médico de familia es fundamental la anamnesis y exploración física para realizar un correcto diagnóstico diferencial. Además, cabe destacar el uso de la ecografía en este ámbito para agilizar el proceso diagnóstico y tratamiento de ciertas patologías.

Palabras Clave

Struma Ovarii, Teratoma, Tumor.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La fiebre por los niños

Gómez Galera H¹, Fuentes Angulo I², Sánchez Sánchez M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Rioja. CS Benahadux. Almería

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y comunitaria. CS Plaza de Toros. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y fiebre.

Historia clínica

Paciente de 34 años, sin alergias conocidas y antecedentes de endometriosis. Acude por presentar, desde hace 5 días, fiebre de 38°C y mal estado general. Hace una semana punción ovárica en clínica privada. Refiere náuseas y vómitos en 3 ocasiones. FUR hace 17 días.

Exploración física muy dificultosa por el dolor. Muy quejosa. Regular estado general, consciente y orientada, bien hidratada, palidez mucocutánea. Tolera decúbito.

Constantes: TA: 78/43 mmHg, FC: 118 lpm, Temperatura: 38,3°C. QSOFA 2/3. Sin focalizad neurológica aguda. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado bilateral. Abdomen: blando y depresible, muy doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes. Se palpa masa a nivel de flanco izquierdo. Murphy negativo, Blumberg y Rovsing positivos. Miembros sin edemas. Tacto vaginal: difícil de realizar por dolor. Genitales externos normales.

Enfoque individual: deseos gestacionales.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte socio-familiar y económico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome de hiperestimulación ovárica vs. Abdomen agudo. EPI tras punción folicular

Tratamiento, planes de actuación: se administra dexketoprofeno y metoclopramida, suero salino fisiológico 500 ml en una hora. Se realiza tira de orina con resultado negativo. A pesar del tratamiento la paciente no refiere mejoría por lo que se decide traslado al hospital.

Evolución

Pruebas complementarias: analítica sanguínea a destacar: PCR 29,24. Hb 11,1, leucocitos 15980 (N 87%), INR 2,05, fibrinógeno 845. TAC abdomen: colección en pelvis menor de 10x12 cm que se extiende hasta borde inferior de bazo, mesogástrico y FID. Punción percutánea: endometrioma sobreinfectado post punción. En el cultivo crecimiento de S. Epidermidis resistente a meticilina.

Conclusiones

El absceso tubo-ovárico ha de sospechase en el contexto de enfermedad pélvica inflamatoria en caso de dolor severo asociado a malestar general y palpación de masa en la exploración abdominal. El diagnóstico definitivo requiere de pruebas complementarias y ha de ser rápido para evitar complicaciones como peritonitis.

Palabras Clave

Pelvic Inflammatory Síndrome, Ovarian Needle Puncture.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

¿Por qué tengo una obstrucción intestinal doctor?

Gallego Gallego E¹, Corrales Cidoncha A², Curado Mateos M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

Ámbito del caso

Paciente mujer de 57 años que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal desde hace 1 día de inicio súbito.

Motivos de consulta

Paciente mujer de 57 años que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal desde hace 1 día de inicio súbito.

Historia clínica

Paciente mujer de 57 años sin factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes personales ni familiares que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro de dolor abdominal desde hace 1 día de inicio súbito, con náuseas, sin vómitos, no fiebre, no pérdida de peso, no astenia. Hábito intestinal conservado sin productos patológicos y última deposición en el día de hoy.

Enfoque individual: a la exploración física BEG; COC, NH y NP, eupneica en reposo, TA 120/80 con FC 80. A. Cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal: distendido, duro a la palpación en hemiabdomen inferior con matidez a la percusión en hemiabdomen inferior y timpánico en hemiabdomen superior. No signos de irritación peritoneal. MMII: no edemas, no signos de TVP ni superficial.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: obstrucción intestinal con vólvulo de sigma secundario a

neoplasia de probable origen ovárico. Se debe realizar un diagnóstico diferencial de las diferentes causas de obstrucción intestinal: oclusión mecánica: hernias, bridas, neoplasias, íleo biliar, fecalomas...; Íleo parálítico: postcirugía, peritonitis...; Vascular: isquemia mesentérica, embolia arterial, trombosis venosa...

Tratamiento, planes de actuación: la paciente fue intervenida en dos tiempos: primero por parte de Cirugía General con Hemicolecotomía derecha con anastomosis ileocólica mecánica. Un segundo tiempo por parte de Ginecología con Histerectomía más doble anexectomía mediante laparotomía. Con evolución favorable y alta.

Evolución

La paciente es derivada al servicio de urgencias del hospital para estudio de abdomen agudo, se decidió realizar: analítica sanguínea con valores en rango y sin reactantes inflamatorios. RX abdomen: se observan niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino grueso. TC abdomen: hallazgos sugestivos de vólvulo de ciego. Neoplasia primaria de ovario izquierdo de aspecto maligno.

Conclusiones

Destacar la importancia de la utilización de ecografía y radiología en AP para promover un diagnóstico precoz y evitar complicaciones en las diferentes patologías.

Palabras Clave

Neoplasms, Intestinal Obstruction, Intestinal Volvulus.

ÁREA: HEMATOLOGÍA

Lumbalgia a contrarreloj

Contreras Hazañas M¹, Mellado Emiliano M¹, alguacil Cubero P²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zaidín Sur. Granada

² Médico de Familia. CS Zaidín Sur. Granada

Ámbito del caso

Atención Primaria, Traumatología y Hematología.

Motivos de consulta

Varón de 68 años que consulta por lumbalgia crónica de varios años de evolución.

Historia clínica

Presenta episodios autolimitados de lumbalgia de repetición con irradiación del dolor hacia miembro inferior. Se trata con analgesia con un primer diagnóstico de lumbociática con afectación de la raíz L5-S1, sin mejoría y requiriendo cada vez mayor analgesia tanto en Urgencias como en consultas de Atención Primaria.

Enfoque individual: ningún otro antecedente personal de interés. Consulta en mayo 2019 por episodio similar de un mes de evolución. Se revisan las radiografías realizadas el mes anterior objetivándose una fractura acunamiento de L5 no traumática.

A la exploración, dolor selectivo a la palpación de apófisis espinosa L5 y signo de Lasègue negativo. Se completa estudio con RNM. Por motivos personales se traslada a otra provincia y es seguido por el servicio de Traumatología. En la RNM de la columna lumbosacra se describen aplastamientos vertebrales de L3, L4 y L5 con signos de edema medular óseo de posible causa osteoporótica-traumática. Continúa con tratamiento analgésico y corsé. En 2020, rehistoriando al paciente en Atención Primaria, y tras comprobar no tener antecedentes traumáticos ni factores de riesgos osteoporóticos,

se inicia estudio de fractura patológica y se objetiva anemia, leucopenia y un componente monoclonal IgG lambda. Se deriva a Hematología para estudio de posible mieloma.

Enfoque familiar y comunitario: al inicio del cuadro, el paciente se encontraba muy limitado por el dolor para realizar actividades de la vida diaria, requiriendo abordaje psicológico por problemas de depresión y ansiedad. Tras el diagnóstico definitivo, el abordaje familiar iba dirigido a manejo del dolor, así como afrontamiento de la enfermedad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda.

Tratamiento, planes de actuación: se inició tratamiento quimioterápico y autotransplante de médula ósea.

Evolución

Tuvo una mejoría significativa tras inicio del tratamiento descrito y actualmente se encuentra asintomático sin dolores óseos ni síntomas B.

Conclusiones

En Atención Primaria, ante un dolor óseo y fracturas patológicas en pacientes sin antecedentes traumáticos y sin factores de riesgo de osteoporosis, se debe valorar en el diagnóstico diferencial la posibilidad de un mieloma múltiple.

Palabras Clave

Multiple Myeloma, Pathologic Fractures, Low Back Ache.

ÁREA: HEMATOLOGÍA

Anemia hemolítica

Corrales Cidoncha A¹, Carabot Ramírez A², Santillana P¹

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

² Médico de Familia. CS Barbate. Barbate (Cádiz)

Ámbito del caso

Centro de Atención Primaria y servicio de Hematología.

Motivos de consulta

Cuadro bronquial de larga evolución acompañado de astenia y cansancio, en un paciente reticente a acudir a consultas. Además, refiere ictericia y coluria en los últimos 5 días.

Historia clínica

Paciente varón de 73 años con HBP, Linfoma diagnosticado en 2001 en remisión, como antecedentes personales, reticente a acudir a consultas, acude acompañado por su hija por cuadro bronquial de larga evolución acompañado de astenia y cansancio. Refiere ictericia y coluria en los últimos 5 días. Solicitamos analítica general donde se objetiva un aumento de PSA, Hb de 7. RX tórax: pinzamiento de ambos senos costofrénicos, no se observan masas ni áreas de consolidación. Se deriva a SUH donde se realiza test de Coombs siendo positivo.

Enfoque individual: el paciente presenta buen estado general, consciente en las tres esferas, colaborador. Bien hidratado, mucosas con tinte icterico. Sin datos de artropatías ni alteraciones de uñas. Ictericia global. Eupneico en reposo, algo disneico al habla. ACP: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalias, no molestias a la palpación profunda. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: anemia hemolítica autoinmune.

Tratamiento, planes de actuación: durante su ingreso se inicia terapia corticoidea con respuesta progresiva, recuperando cifras de Hb. Realizadas pruebas diagnósticas en busca de origen. Valorado por Urología programándose cirugía en 2º cistoscopia realizada.

Evolución

El paciente ingresa a cargo de Hematología para estudio. Se realiza frotis de sangre periférica: no se observan esquistocitos ni blastos. Aislados eritroblastos y esferocitos. Serologías víricas negativas. Eco abdominal: lesión solida nodular vesical sugestiva de neoplasia. TAC tórax: tórax enfisematoso severo. Engrosamientos pleurales en probable relación con exposición previa al asbesto, mínimo derrame pleural. TAC abdominal: hallazgos sugestivos de neoplasia vesical como primera opción. Cistoscopia: lesión papilar en CLI de 1.5 cm con extensión hacia interior con indicación de resear.

Conclusiones

Se decide alta del paciente con controles en consultas externas tras mejoría clínica y de parámetros analíticos.

Palabras Clave

Astenia, Coluria, Aumento de PSA, Disminución de Hb.

ÁREA: HEMATOLOGÍA

Doctora, me veo amarillo

Pérez Soto E¹, León Salas Bujalance L², de Tena Ferre L³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria-Urgencias. Caso multidisciplinar.

extrahepática no dilatada.

Enfoque familiar y comunitario: sin relevancia.

Motivos de consulta

Astenia.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: ictericia brusca en paciente joven.

Historia clínica

Varón, 50 años, acude a consulta por astenia y coloración amarillenta en piel de aparición en los últimos días, así como orinas colúricas. Niega dolor abdominal, alteración hábito intestinal o vómitos (sensación nauseosa ocasional). Afebril. Cuadro catarral semana previa, realizándose TAG COVID negativo, persistiendo aún disnea ocasional.

Diagnóstico diferencial: dado el AP de cuadro pseudogripal previo un planteamiento era el de hepatitis vírica/tóxica, aunque también había que descartar patología biliar. El diagnóstico diferencial de ictericia abarcaría dos principales grupos de patología: hepatobiliar y hematológica. La concentración de BT y BF, así como los niveles de transaminasas son determinantes para el enfoque etiológico. En el caso de nuestro paciente, la hiperbilirrubinemia a expensas de fracción indirecta orientaba a causa hematológica, confirmándose con Coombs directo +

Enfoque individual. Antecedentes personales: FRCV: HTA. IQ: vasectomía.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en planta de Hematología, iniciándose corticoterapia (dosis 1 mg/kg) y transfusión CH.

Exploración física: AEG, tinte icterico en piel y mucosas. BHYP. Estable hemodinámicamente con TA 105/65, FC 65 lpm. Tº en consulta: 36.1ºC. ACR: tonos rítmicos a unos 80-90 lpm, MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: blando depresible, sin dolor a la palpación, molestias a la palpación profunda en HD. Murphy negativo. RHA presentes. MMII: sin edemas. No datos de TVP. Pulsos periféricos simétricos.

Evolución

Al alta manteniendo tratamiento corticoideo y sin nuevo episodio de síndrome anémico. Realizado despistaje de causa tumoral y autoinmunidad con resultado negativo, probable etiología idiopática vs infecciosa.

Ante aparición brusca de ictericia e importante astenia se deriva a hospital de referencia, realizándose pruebas complementarias: 1. Analítica: HG: Hb 6.2 g/dl Hto 20.0, VCM 133.1, PlaQ 206 x1 0e9/l. Reticulocitos 213,200/mm³ (Reticulocitos 14,91%). -- BQ: BT 4.21 mg/dl, (BD 0.66 mg/dl). Perfil hepático sin alteraciones. LDH: 1417 U/L. Tnt US 7.0 ng/L. CG: DD 3950, resto en rango. 2. Coombs directo: positivo +++++. 3. Ecografía: estudio sin hallazgos ecográficos sugestivos de colecistitis aguda. Vía biliar intra y

Conclusiones

No toda ictericia responde a causa estricta digestiva, una adecuada anamnesis y exploración física del paciente resultan fundamental en nuestro papel como Médico de Familia.

Palabras Clave

Ictericia, Anemia Hemolítica, Bilirrubina.

ÁREA: HEMATOLOGÍA

¡Doctor, no puedo soportar el dolor de espalda!

España Rivera M¹, Martín Heredia M¹, Guerrero Mancheño G²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. Cádiz

Ámbito del caso

Atención Primaria y de hospital.

Motivos de consulta

Lumbociatalgia que irradia a miembro inferior derecho.

Historia clínica

Mujer de 62 años, no alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia codeína y pseudoefedrina. Asma bronquial, migraña, Sd Sjögren, fibromialgia. Tratamiento: omeprazol 20 mg, estriol gel vaginal, cetirizina 10 mg, pulmicort, suspirada 50 mg.

Enfoque individual: Lasègue y Bragard negativos. Parestesias y dolor a la palpación en zona de glúteo medio derecho.

Radiografía columna lumbar: retropulsión del sacro. Radiografía cadera: sin hallazgos. Lumbociatalgia irradiada a miembro inferior derecho de pocos días de evolución. No pérdida de fuerza, no alteración esfínteres. Parestesias en zona de glúteo medio derecho.

Enfoque familiar y comunitario: independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive con su marido. Cuidadora de su marido dependiente. Hija vive en Inglaterra. Activa profesionalmente. Buena red social y familiar.

Juicio clínico: lumbociatalgia que irradia hacia miembro inferior derecho. Retropulsión sacra.

Diagnóstico diferencial: lumbalgia mecánica, espondiloartrosis, síndrome facetario, hernia discal lumbar, espondiloartropatía, patologías compresivas.

Tratamiento, planes de actuación: el tratamiento analgésico se ha ido modificando por leve mejoría de la sintomatología. Inicialmente se pautó diazepam 1 comprimido/24 horas, pregabalina 1 cápsula/8 horas y naproxeno 1 comprimido/12 horas. Posteriormente, se aumentó la dosis de pregabalina. Finalmente se reajustó el tratamiento con celestone 1 inyección/72 horas, metamizol 1 cápsula/8 horas y ciclobenzapina 1 cápsula/24 horas.

Evolución

Tras varias consultas en Atención Primaria y a Urgencias del hospital por la misma sintomatología y mejoría leve tras tratamiento, se decide realizar RMN de forma rutinaria y derivar a neurocirugía. Durante la espera para realizar la RMN, refiere clínica de incontinencia de esfínteres. En una RMN urgente, se observa una masa que impresiona de neoplasia que engloba el sacro. Se inicia estudio y se diagnostica un Linfoma de Células B.

Conclusiones

La lumbalgia es un problema muy frecuente en nuestras consultas de Atención Primaria y aunque la mayoría son de características mecánicas, es importante detectar los signos de alarma que hagan sospechar otras patologías: edad >55 años, antecedente traumático previo, antecedente cáncer o inmunodeficiencia, síntomas constitucionales, infección urinaria, consumo prolongado de corticoides, uso drogas vía parenteral, dolor de ritmo inflamatorio, incontinencia de esfínteres o anestesia en silla de montar, déficit neurológico significativo o progresivo en una extremidad inferior.

Palabras Clave

Lumbociatalgia.

ÁREA: HEMATOLOGÍA

Priapismo en paciente joven

Curado Mateos M¹, Corrales Cidoncha A², Gallego Gallego E³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Priapismo.

Historia clínica

Paciente de 34 años de edad sin antecedentes de interés, que acude a consulta por erección dolorosa de ocho horas de evolución. Refiere haber presentado cuatro episodios similares en los últimos tres meses, con remisión espontánea a las 3-4 horas. Niega antecedentes de traumatismo peneano, el uso de drogas u otros fármacos incluidas inyecciones intracavernosas. No astenia, anorexia o fiebre.

Enfoque individual: buen estado general, palidez mucocutánea. No lesiones dérmicas. No adenopatías palpables. Auscultación cardíaca y pulmonar anodinas. Exploración abdominal normal.

En analítica destacan leucocitos (385 x 10⁹/l) y plaquetas (900 x 10⁹/l). Se realiza una gasometría de la sangre venosa de los cuerpos cavernosos: pCO₂ 163,1 mmHg, HCO₃ 13,2 mEq/l plasma, compatible con priapismo veno-oclusivo, realizando tratamiento urgente.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: priapismo como manifestación de leucemia mieloide crónica (LMC).

Diagnóstico diferencial: priapismo idiopático o primario. Secundario: disfunciones neurológicas (esclerosis múltiple, mielitis transversa.). Tumor pene Trastornos metabólicos.

Tratamiento, planes de actuación: se realizó evacuación de la sangre e irrigación de cuerpos cavernosos junto a inyección de simpaticomimético intracavernoso. Tras comentar caso con Hematología de guardia, se realiza aspirado de médula ósea con hiper celularidad con predominio de la serie granulocítica.

Evolución

Comenzó tratamiento y seguimiento por parte de Hematología con buena evolución.

Conclusiones

El priapismo es una erección peneana prolongada y dolorosa, no asociada con un estímulo sexual. Existen dos tipos: de bajo flujo (veno-oclusivo o isquémico) y de alto flujo (arterial o no isquémico). El segundo suele tener un origen traumático, mientras que el primero puede ser debido a múltiples etiologías. La causa más frecuente es el tratamiento de la disfunción eréctil con inyecciones intracavernosas. El objetivo prioritario en el priapismo de bajo flujo, es la derivación de la sangre estancada en los cuerpos cavernosos con el fin de evitar la lesión isquémica y fibrosis que llevan a la disfunción eréctil permanente. El priapismo no es indicativo de LMC, sin embargo, es importante la sospecha de la misma y tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial. La etiología del priapismo leucémico se desconoce, pero se barajan la hiperviscosidad, la aglutinación sanguínea por la leucocitosis, y la obstrucción mecánica de las venas y nervios abdominales por esplenomegalia.

Palabras Clave

Priapismo, Leucemia Mieloide Crónica.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Lo que las parestesias esconden

Palop Pérez C

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS el Cachorro. Sevilla

Ámbito del caso

Mixto: atención Primaria y Atención Especializada.

Motivos de consulta

Parestesias generalizadas.

Historia clínica

Paciente que acude al CS por parestesias en 4º y 5º dedos de ambas manos, tronco y miembros inferiores de 4 días de evolución.

En la exploración se objetiva buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Afebril. Lenguaje fluente sin disartria. Pares craneales normales. Balance motor conservado. Reflejos presentes y simétricos. No hipoalgesia. No se objetiva nivel sensitivo. No disimetría. Marcha normal (se pone de talones y puntillas; realiza tándem). Romberg negativo.

En analítica se aprecia leucocitosis con neutrofilia. TAC craneal sin hallazgos. Se solicita RM de columna cervical y dorsal en la que se identifican hallazgos compatibles con la existencia de una tumoración intrarraquídea, intradural e intramedular desde C4 a C7.

Enfoque individual: se trata de una mujer de 18 años de edad, estudiante. Sin alergias medicamentosas conocidas. Niega hábitos tóxicos. Sin antecedentes personales de interés. Realiza tratamiento diario con anticonceptivos orales.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres, ambos sanos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: como primera opción, astrocitoma vs. ependimoma. Patología inflamatoria. Enfermedad desmielinizante.

Tratamiento, planes de actuación: al evidenciar una tumoración en la RM, para planificar la intervención quirúrgica, Neurocirugía solicita nueva RM de columna cervical donde se objetiva regresión radiológica (lesión hiperintensa en C5-C6), por lo que se inclina hacia una patología de origen inflamatorio o desmielinizante.

Evolución

La paciente pasa a cargo de Neurología quien solicita RM de cráneo para valorar la extensión de la patología. Se detectan hallazgos compatibles con enfermedad desmielinizante (>10 lesiones) con afectación supra e infratentorial y medular sin actividad en la actualidad. Se diagnostica de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente. En tratamiento con acetato de glatiramero actualmente.

Conclusiones

Por muy inespecíficas que sean, no se debe restar importancia a las parestesias. En la mayoría de los casos aparecen en territorios bien localizados (alta prevalencia del síndrome del túnel carpiano en consultas de Atención Primaria, por ejemplo). Sin embargo, tras este caso clínico, si las parestesias son generalizadas y se trata de una paciente joven debemos incluir en el diagnóstico diferencial enfermedades a nivel del sistema nervioso central.

Palabras Clave

Neurology, Paresthesia, Multiple Sclerosis.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Síndrome confusional agudo. Cuando hay algo más

Morero Guerra J¹, Nogales García G², aranda Rando S¹

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Osuna (Sevilla)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Servicio Urgencia.

Motivos de consulta

Síndrome confusional agudo.

Historia clínica

Varón, 32 años. Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Sífilis diagnosticada y tratada en clínica privada, hace 2 años. Tratamiento médico: ninguno.

Acude su madre a consulta de su Médico de Familia, comenta que su hijo hace 2 meses tuvo separación traumática de pareja y desde entonces lo encuentra muy decaído, apático, ha perdido el interés por todo lo que le gustaba. En la última semana dificultad para el lenguaje, que su madre define como "dificultad para expresarse y lenguaje incoherente", asociando dificultades en la comprensión. A las preguntas responde con incoherencias (al preguntarle la edad dice 9 años). Progresiva dificultad para realizar tareas que previamente realizaba de forma correcta tanto en casa como en el trabajo (a la hora de comer, no sabe cómo emplear una cuchara).

Enfoque individual: inicialmente el paciente se negaba a acudir al centro sanitario, su Médico de Familia lo visitó en domicilio. Donde evidenció un cuadro confusional agudo severo. Tras hablar con el paciente, éste accede a ir al hospital. El paciente ingresa a cargo de Neurología donde se realizan múltiples estudios destacando hallazgos de Ac anti-NMDA positivos en LCR, resto de autoinmunidad negativa. También serología

positiva para sífilis en sangre (tanto pruebas reagínicas como no reagínicas).

Enfoque familiar y comunitario: paciente convive con su madre (sin enfermedad relevante) y su padre (antecedente de esquizofrenia).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: encefalitis por anti-NMDA, con afectación temporal izquierda. Sífilis tratada.

Tratamiento, planes de actuación: durante el ingreso inicialmente se trata con ceftriaxona y aciclovir, tras el hallazgo de anticuerpos anti-NMDA se trata con corticoides IV con mejoría sintomática parcial por lo que se realiza plasmaféresis logrando remisión de los síntomas.

Evolución

Tras corticoides IV y plasmaféresis queda asintomático dándose de alta a domicilio.

Conclusiones

Aunque inicialmente los síntomas del paciente podían estar justificados con un cuadro depresivo tras ruptura sentimental, no se debe olvidar la importancia de descartar organicidad ante la evolución progresiva de la sintomatología. El médico de familia tiene un papel fundamental al ser el primer eslabón de la cadena sanitaria y quien mejor conoce a sus pacientes debiendo transmitir un trato cercano basado en la confianza.

Palabras Clave

Encefalitis Anti-Receptor NMDA, Encefalitis, Depresión Reactiva.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Doctor, no tengo fuerza en la pierna

González Furundarena S¹, Vaca Vilanova P², Reyes Parrilla J³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS. Los Bermejales. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano B. Sevilla

Ámbito del caso

Neurología.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza en miembro inferior derecho.

Historia clínica

Mujer de 43 años que acude a urgencias de su CS por pérdida de fuerza de miembro inferior derecho (MID) desde hace 5 días. Presenta únicamente pérdida de fuerza de MID, el resto de la exploración es normal. Se solicita radiografía de columna lumbosacra, donde se observan signos degenerativos. Esa misma tarde, la paciente acude a urgencias hospitalarias por la misma clínica y además “torpeza” y debilidad en la mano derecha.

En la exploración destaca debilidad en MID, marcha parética e imposibilidad de ponerse de talones o puntillas. Resto normal. Pruebas complementarias: se realiza analítica sin alteraciones y TAC de cráneo, donde se observa una lesión hipodensa a nivel de la corona radiada izquierda.

Enfoque individual: como antecedentes presenta psoriasis y síndrome ansioso-depresivo por situación sociofamiliar. Ha acudido en varias ocasiones a su médico por ansiedad, cefalea...

Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico: cuadro subagudo progresivo de debilidad en miembros derechos 2ª a lesión única en corona radiada izquierda de probable origen inflamatorio-desmielinizante a filiar.

Diagnóstico diferencial: pinzamiento a nivel dorsal y lumbar que cause debilidad de miembros, trastorno conversivo vs somatización de problemas sociofamiliares

Tratamiento, planes de actuación: ingresa en planta de Neurología para continuar estudio. RMN craneal: única lesión ovalada en corona radiada izquierda hiperintensa en T2/FLAIR, hipointensa en T1, con restricción de difusión en su periferia y captación de contraste, de perfil inflamatorio. RMN de columna normal. Se realizó punción lumbar con resultado normal. Como tratamiento pautan prednisona, omeprazol y calcio/carbonato.

Evolución

Continúa en seguimiento en consultas de Neurología, pendiente de completar estudio y en consultas de rehabilitación.

Conclusiones

Ante una paciente con múltiples consultas por ansiedad y aparentes somatizaciones, no debemos dejar de lado realizar una buena anamnesis y exploración exhaustiva y descartar primero patologías que concuerden con la clínica que presenta. Si bien como médicos de familia conocemos el historial de los pacientes y su situación sociofamiliar, esto no debe “cegarnos” y olvidarnos que debajo de ello puede existir alguna patología. Lo primero será hacer pruebas para descartar patología y si esas pruebas fueran normales, podríamos pensar en un síndrome conversivo.

Palabras Clave

Debilidad Muscular, Ansiedad, Sistema Nervioso Central.

ÁREA: NEUROLOGÍA

“Que socorridos son unos leucos en orina”

Casado Gómez D¹, Mentado Sosa B², Aumesquet Contreras A³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Sevilla

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Alteraciones de conducta.

Historia clínica

Paciente de 73 años que acude acompañado por pérdida de memoria a corto y largo plazo de meses de evolución. A esto se añade que en los últimos 15 días comienza con cuadro de desorientación y pérdida de habilidades para realizar tareas básicas coincidiendo con disuria y polaquiuria. Niega clínica alucinatoria y caídas. Se deriva a Urgencias donde se diagnóstica infección urinaria que se trata con Cefixima empírica y se ingresa en MIN con alta precoz sin realización de pruebas complementarias adicionales. Posteriormente reacude a los 4-5 días a nuestra consulta traído por su hijo porque la clínica persiste, apareciendo además apraxia ideomotoras, episodio de incontinencia de esfínteres y dificultad para la expresión con bloqueos de lenguaje por lo que lo derivamos de nuevo a Urgencias reingresando en MIN para estudio.

Enfoque individual: paciente independiente, gran fumador, aunque desde hace 5 años fuma 6 cig/día, hipertenso, HBP y adenocarcinoma de pulmón tratado mediante cirugía en 2012. Como tratamiento habitual usa losartán, indacaterol/glicopirronio, sertralina, alprazolam, pregabalina y omeprazol.

A la exploración física, destaca fluctuación del nivel de conciencia con lenguaje a veces incoherente. Además, a nivel de pruebas complementarias, leucocitosis con fórmula

normal, una PCR de 49.2 junto con una bacteriuria en sedimento y una RMN donde se objetiva dos masas cerebrales temporo-occipitales.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: glioma de bajo grado. Como diagnóstico diferencial habría que plantearse, por orden de frecuencia la etiología farmacológica e infecciosa, vascular, demencia y enf sistémicas principalmente alteraciones metabólicas o del equilibrio ácido-básico, así como el insuficiencia renal o hepática.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en Medicina Interna. Biopsia cerebral. RT-QT y tratamiento corticoideo.

Evolución

Desfavorable.

Conclusiones

1. Muchas veces se desconfía del Médico de Familia cuando deriva un paciente, siendo este el que mejor lo conoce por la longitudinalidad propia de la Atención Primaria. 2. La presencia de leucocituria en orina es motivo frecuente de altas como infección de orina cuando muchas veces ésta, no lo justifica TA sintomatología. Es necesario hacer una evaluación exhaustiva del paciente anciano, por su particular forma de manifestar la enfermedad, más si tiene signos de alarma.

Palabras Clave

Delirium, Elderly, Tumor.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Análisis de las características clínicas de patologías neurológicas en el ámbito de Atención Primaria y Urgencias

Ávila González M¹, Luque López C², Caballero de las Olivas Marque M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón, Écija (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

³ Médico de Familia. CS El Almorón. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Pérdida de fuerza y temblor.

Historia clínica

Varón de 33 años que, desde hace 4 meses, nota pérdida progresiva de fuerza en MMII, intensificada el último mes. Inicialmente, lumbalgia mecánica, que posteriormente ha desaparecido, con persistencia de síntomas neurológicos. Desde el inicio del cuadro ha ido notando “torpeza e inestabilidad” para caminar. En la última semana, “temblores” en muslos, que se prolongan durante 15 minutos, autolimitándose. Episodio de relajación de esfínter anal. También refiere en alguna ocasión desde que inició este cuadro algún episodio de “hormigueo” en piernas y otras veces una sensación de “calambre” en zona distal de MMII.

Enfoque individual: exploración Neurológica: Glasgow Coma Score: 15. PINLA. PC normales. Pérdida de fuerza de 3-4/5 en MMII. Aumento de la base de sustentación al caminar y cierto componente de marcha espástica. ROT exaltados a nivel rotuliano bilateralmente. Presencio episodio de temblor de predominio proximal en ambas piernas, pudiendo ser compatible con fasciculaciones.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: mielitis vs Enfermedad desmielinizante.

Tratamiento, planes de actuación: pruebas complementarias: los datos utilizados para la realización de este caso, se han obtenido mediante consentimiento informado conforme a la normativa vigente. Se realiza TAC de cráneo urgente donde únicamente se observa una hipodensidad mal definida en la transición de protuberancia-bulbo, dada la clínica que presenta el paciente, recomendamos completar estudio reglado con RM. Analítica anodina.

Evolución

Nuestro paciente presentaba síntomas de 4 meses de evolución, que relacionaba con una posible cialgia, a la que no le había dado mayor importancia (al tener una profesión con esfuerzo físico). El encontrar hallazgos en la exploración que no concuerden con una exploración neurológica normal (aumento de la base de sustentación, pérdida de fuerza, hiperreflexia, fasciculaciones), nos inquietó y nos hizo finalmente ingresar al paciente para estudio, el cuál continúa en seguimiento en Neurología del HU Virgen del Rocío por una mielitis cervical y dorsal extensa, afectación de vía piramidal y cerebelo, actualmente con múltiples diagnósticos diferenciales y sin conocer aun la enfermedad concreta.

Conclusiones

Con este caso clínico se pretende resaltar la importancia de una buena anamnesis y exploración ya sea en el ámbito de Atención Primaria o Urgencias.

Palabras Clave

Atención Primaria, Mielitis, Fasciculación.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Relevancia de la familia en los pacientes con demencia. A propósito de un caso

Baca Fuentes M

MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Aguadulce. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Pérdida de memoria.

Historia clínica

Varón de 67 años. El paciente acude a consulta de Atención Primaria a petición de su mujer e hijos. Estos refieren que el paciente presenta pérdida de memoria de al menos 6 meses de evolución (se deja las llaves de casa puestas en la cerradura, olvida con frecuencia conversaciones, pregunta varias veces lo mismo, tiene dificultades para manejar la economía doméstica). A pesar de todo ello, el paciente refiere encontrarse bien ya que atribuye la sintomatología a su edad.

Exploración física: escala de Pfeiffer 4 puntos, test de reloj patológico.

Pruebas complementarias: TC de cráneo con lesiones sugestivas de isquemia crónica de pequeño vaso.

Enfoque individual: antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular, cardiopatía hipertensiva, síndrome de apnea obstructiva del sueño y obesidad. En tratamiento actual con: losartán 10 mg/hidroclorotiazida 25 mg/24 h, metformina 850 mg/12 h, dabigatrán 150 mg/24 h, bisoprolol 2,5 mg/12 h y CPAP nocturna. Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Enfoque familiar y comunitario: antecedente familiar de Alzheimer (madre).

Vive con su mujer. Tiene dos hijos.

Juicio clínico: deterioro cognitivo leve de origen vascular.

Diagnóstico diferencial: enfermedad de Alzheimer, neurosífilis.

Identificación de problemas: el paciente no percibe pérdida de memoria, siendo la familia la que alerta de la clínica.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento inicial con actividades de refuerzo de capacidad cognitiva.

Evolución

Tras seis meses la familia refiere ausencia de progresión de la sintomatología e incluso cierta mejoría clínica.

Conclusiones

En algunas ocasiones, al igual que ocurre en el caso expuesto, los pacientes con deterioro cognitivo no perciben que presenten pérdidas de memoria por lo que, cuando nos encontramos ante un paciente con sospecha de deterioro cognitivo es importante interrogar también a la familia y hacer una anamnesis conjunta ya que juegan un papel clave a la hora de poder realizar un diagnóstico precoz, así como para monitorizar de la evolución del paciente.

Palabras Clave

Demencia, Familia, Alzheimer.

ÁREA: NEUROLOGÍA

"Doctor he perdido el olfato y no tengo COVID"

Corrales Cidoncha A¹, Curado Mateos M², Gallego Gallego E³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. San Fernando (Cádiz)

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Merced. Cádiz

Ámbito del caso

Centro de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 29 años acude a consultas de Atención Primaria por pérdida de olfato seguido de dolor de cabeza que no mejora con tratamiento analgésico.

Historia clínica

Paciente de 29 años, sin antecedentes personales de interés, no alérgica a medicamentos ni consumo de tóxicos. Tratamiento con anticonceptivos hormonales. Acude a su centro de Atención Primaria por pérdida de olfato de semanas de evolución seguida de cefalea que empeora por las mañanas y no alivia con tratamiento analgésico. No presenta fiebre ni tos ni disnea. No pérdida de visión. No náuseas ni vómitos. No alteración en el tránsito digestivo ni otra sintomatología acompañante.

Enfoque individual: tonos puros y rítmicos sin auscultar soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos en la auscultación cardiopulmonar. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias, no molestias a la palpación profunda, no signos de irritación peritoneal.

En la exploración neurológica, la paciente se encuentra consciente en tiempo y espacio, colaboradora. Pupilas normorreactivas, pares craneales conservados, no pérdida de sensibilidad ni de fuerza, no discinesias ni disdiacocinesias, Roomberg negativo.

Reflejos conservados.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: anosmia secundaria a Meningioma. Como diagnóstico diferencial nos planteamos infección por COVID-19.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente es intervenida mediante abordaje transtemporal con extirpación macroscópicamente completa de la tumoración por parte de Neurocirugía. Actualmente asintomática.

Evolución

Tras la clínica presentada por la paciente, se decide solicitar PCR COVID siendo negativo, analítica general sin alteraciones de interés y TC de cráneo: lesión hipodensa de bordes bien definidos localizada en el interior del ventrículo lateral derecho a nivel de la asta temporal de 5x3.5 cm con ligero edema perilesional y captación de contraste sugestiva de Meningioma. La paciente es derivada a consultas de Neurocirugía.

Conclusiones

Se decide alta de la paciente con revisiones en consultas externas de Neurocirugía.

Palabras Clave

Anosmia, Cefalea que no cede con Tratamiento Analgésico.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Siento hormigueo en el brazo desde hace tiempo

Alaminos Tenorio E¹, Gálvez Pascual M², León Arévalo I³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS María Auxiliadora. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS Alcosa Mercedes Navarro. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Bellavista. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Hormigueo y quemazón en MSD.

Historia clínica

Varón de 19 años. No RAMC. No AP de interés.

Acude por hormigueo en brazo derecho, de unos dos años de evolución. Esta sensación se inicia en escápula derecha y se irradia a todo el MSD. Lo describe como quemazón u hormigueo. Se desencadena sobre todo en decúbito supino. También refiere que a veces nota dificultad para extender los dedos de esa mano y relajar los músculos.

Enfoque individual. Exploración: ligera hipotrofia de eminencia ténar derecha. Se reproducen los síntomas con abducción de MSD.

Pruebas complementarias: analítica: sin hallazgos relevantes. Ionograma en rango. Solicitamos RX tórax para descartar costilla cervical: normal. Se deriva a Neurología.

Enfoque familiar y comunitario: independiente para todas ABVD. Convive con sus padres y un hermano.

Juicio clínico: síndrome de desfiladero torácico derecho.

Diagnostico Diferencial: parestesias inespecíficas, ansiedad, distrofias musculares.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza, además: RMN de plexo braquial: normal. RMN

columna cervical: dentro de la normalidad. Estudio neurofisiológico-ENG: pérdida axonal motora, aguda y crónica, en musculatura que comparten inervación con fibras C8, D1 derechas, sobre todo en la distal dependiente de N. mediano, y anomalías en las conducciones sensitivas de fibras correspondientes a nervios cubital y cutáneo antebraquial medial. Valorar probable afectación de fibras correspondientes a tronco primario inferior/cordón lateral de plexo braquial derecho a lo largo de su recorrido (Sd. salida torácica). Realizan interconsulta a cirugía torácica y rehabilitación.

Evolución

Actualmente en tratamiento rehabilitador, con regular evolución debido al daño nervioso ya instaurado. Si no mejoría, el tratamiento definitivo es quirúrgico, con extirpación de la primera costilla por videotoroscopia.

Conclusiones

El síndrome de desfiladero torácico tiene una incidencia baja 0,3-0,7%. No hay mayor incidencia entre atletas. Su prevalencia se acerca a 5 casos por cada 100.000. Existen múltiples causas de compresión en la región braquial: costilla cervical supernumeraria, anomalías de la primera costilla o de la clavícula, apófisis transversa larga en C7, cayo óseo prominente o fractura desplazada de la clavícula y/o la primera costilla, bandas fibrosas congénitas o bandas musculares anómalas. Es una patología a tener en cuenta en la consulta de Atención Primaria ante clínica de parestesias de larga evolución.

Palabras Clave

Parestesias, Sd desfiladero Torácico, Plexo Braquial.

ÁREA: NEUROLOGÍA

No todo es migraña...

Ramírez Álvarez C, Ruiz Pereira C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria. Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Cefalea y otalgia de meses de evolución.

Historia clínica

Mujer de 63 años con cefalea hemicraneal derecha, con otalgia derecha de meses de evolución.

Antecedentes personales: alergia a penicilina. Diabetes, dislipemia. Hernia de hiato. No intervenciones quirúrgicas.

Tratamiento: empagliflozina, sitagliptina, pantoprazol, cinitaprida, calcifediol.

Exploración física: buen estado general, normohidratada y normoperfundida, consciente y orientada. Sat. 98%, PA 115/78 FC 72. A la apertura bucal observamos ausencia de piezas 14-18, 25, 27 de maxilar superior y 35, 37, 45, 47, 48 de maxilar inferior, con desgaste de piezas dentales, maloclusión con limitación de la apertura bucal. Explorando presenta dolor a la manipulación de la articulación temporomandibular derecha con dificultad para la apertura bucal, desviación mandibular al lado afecto e inflamación de zona temporomandibular derecha. Reinterrogándola, refiere empeoramiento del dolor al levantarse, con sueño poco reparador e imposibilidad de masticar alimentos duros.

Enfoque individual: derivamos a Odontología para evaluación de ausencia de piezas dentales y solicitamos pruebas complementarias para

posible derivación a cirugía maxilo-facial si tratamiento conservador no fuese efectivo.

Enfoque familiar y comunitario: se informa sospecha diagnóstica y derivamos a Odontología para evaluación y seguimiento de piezas dentales en conjunto con Medicina Familiar y Comunitaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: disfunción de ATM vs cefalea hemicraneal vs Otitis crónica.

Tratamiento, planes de actuación: prevención de hábitos y parafunciones como situaciones de estrés, morderse las uñas, consumo de chicles, realizar ejercicio, buena higiene del sueño, ejercicios de contracción y relajación muscular, alternancia de calor y frío en la zona, férula de reposo nocturnas, tratamiento farmacológico analgésico y, como último escalón, infiltración de la articulación o rehabilitación oclusal. Solicitamos ortopantografía para evaluación de la articulación.

Evolución

Favorable hasta el momento.

Conclusiones

Importancia de la exploración física, anamnesis detallada reinterrogando a la paciente por posibles detalles que hayan sido banalizados como es la promoción de la higiene bucodental y que tienen relevancia clínica para prevenir este tipo de patologías.

Palabras Clave

ATM, Cefalea, Otalgia, Disfunción.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Cefalea ortostática, más allá de una migraña

Castaño Durán C¹, Pardo Morán M², Castillo Montaña J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Molino. Huelva

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Adoratrices. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Varón de 56 años. En tratamiento con Sintrom y AAS 100 mg por enfermedad tromboembólica recurrente con síndrome antifosfolípido primario y trombofilia hereditaria por mutación G20210A del gen de la Protrombina. Fumador 6 cig/sem. Hipertensión, dislipemia.

Antecedentes personales: caída accidental desde su propia altura con traumatismo directo en hemicara derecha 25 días antes. Vacunado anti SARS-Cov-2 con Pfizer hacía una semana.

Enfoque individual: desde los 15 años en seguimiento por su médico de Atención Primaria por dolor frontal de uno o dos días de duración, sin náuseas ni foto ni sonofobia, una o dos veces al mes. Mejoraba con analgesia de primer escalón.

Primer día de consulta: acude por dolor occipital que cedió con analgesia de primer escalón. El día siguiente volvió a presentar dolor occipital y frontal, mejoraba con analgesia oral, pero persistía el dolor. A los 4 días, vuelve por dolor mucho más intenso, mejora en decúbito y reaparece en ortostatismo. Se acompaña de náuseas, no de vómitos. Aumenta con el Valsalva. No fiebre.

Exploración: no foco neurológico. No rigidez de nuca ni otros signos meníngeos. No crisis hipertensiva. Derivado a urgencias hospitalarias por dolor refractario a tratamiento. INR: 3,3 y TC craneal con colección subdural parietal bilateral.

Valorado por Neurología. RM craneal sin y con Gadolinio: realce de paquimeninges. Colección subdural biparietal. AngioRM craneal venosa normal.

Enfoque familiar y comunitario: trombofilia hereditaria por mutación G20210A del gen de la protrombina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: cefalea por Síndrome de hipotensión de líquido cefalorraquídeo, probablemente postraumática, en contexto de caída reciente. Migraña común, cefalea tensional, derrame cerebral, reacción adversa vacuna antiSARS-Cov-2.

Tratamiento, planes de actuación: manejo conservador, cafeína en comprimidos como tratamiento sintomático. Reposo absoluto en decúbito supino e hidratación abundante.

Evolución

Seguimiento telefónico con él y su mujer. Tras 6 semanas en reposo absoluto y tratamiento con cafeína, fue disminuyendo el dolor progresivamente, hasta cese absoluto a las 8 semanas. Actualmente el paciente realiza vida normal.

Conclusiones

El diagnóstico de la cefalea por hipotensión intracraneal es difícil, ya que la cefalea es un síntoma muy común y, como la exploración física habitualmente es normal, puede pasar desapercibido. Se trata de una entidad poco frecuente, pero con un pronóstico excelente.

Palabras Clave

Cefalea, Hipotensión, Líquido Cefalorraquídeo.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Mioquimias en contexto de compresión neurovascular

Celis Romero M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Parestesias en hemicara izquierda y mioquimias.

Historia clínica

Paciente mujer de 46 años que acude a consultas de Atención Primaria por sensación de parestesias en hemicara izquierda desde hace 3 meses, acompañada de espasmos faciales ipsilaterales. Fasciculaciones a nivel palpebral y en ocasiones en la comisura bucal. Refiere asimismo cambio en la percepción sonora del oído izquierdo, con acúfenos a la hora de gesticular.

Enfoque individual. Antecedentes: alergia a quinolonas, olivo, gramíneas, plátano, ortiga. RAM con Núcleo CMP. No otros antecedentes personales. No realiza otros tratamientos.

Tras la anamnesis descrita anteriormente, se realiza una exploración neurológica, normal. Ante la sintomatología referida, se deriva a Neurología. Después de una reevaluación por parte del neurólogo, se solicita TAC y RM craneal.

Pruebas complementarias: TAC craneal: sin alteraciones. RM craneal: contacto vascular de la PICA izquierda con la raíz del séptimo par craneal homolateral, sin otras alteraciones. Este hallazgo en la prueba de imagen permite explicar los síntomas presentados por la paciente.

Enfoque familiar y comunitario: no es necesario el estudio familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: diagnóstico

principal: mioquimias palpebrales secundarias a la compresión neurovascular de la PICA izquierda sobre la raíz del nervio facial.

Tratamiento, planes de actuación: la patología descrita carece de un tratamiento específico, de manera que se recomienda a la paciente evitar estimulantes como el tabaco o la cafeína. En caso de molestias insoportables o excesivas, se prescribe Diazepam 5 mg como tratamiento sintomático (1 por la noche).

Evolución

La sintomatología de la paciente aún persiste, aunque en menor grado y con mejor control de las molestias.

Conclusiones

La labor de los profesionales de Atención Primaria es esencial en el estudio inicial del paciente, pues supone el primer nivel de atención y la puerta de entrada al servicio sanitario. Es imprescindible realizar una anamnesis completa e íntegra, así como un seguimiento del paciente, pues un papel clave de la Atención Primaria reside en la capacidad de identificar y discernir los síntomas de alarma o fuera de la normalidad de diversas patologías para lograr un abordaje más preciso y eficaz. Este caso nos recuerda igualmente la importancia de una buena exploración física y neurológica, y nos muestra el valor de considerar las enfermedades neurológicas y vasculares a la hora de diagnosticar.

Palabras Clave

Fasciculación, Parestesia, Neurología.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Inestabilidad e incontinencia urinaria tras caída

Oña Ferrete M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Saucejo. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Varón de 69 años que visitamos a domicilio por cuadro de inestabilidad e incontinencia urinaria tras caída accidental hace 5 días.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAMC. FRCV: DM tipo II. Trastorno ansioso-depresivo. Independiente para ABVD. FFSS conservadas. Tratamiento habitual: metformina 850 mg/12 h, bromazepam 1.50 mg/8 h, lormetazepam 2 mg/24 h, agomelatina 25 mg/24 h, elontril 300 mg/24 h.

Enfermedad actual: cuadro de inestabilidad a la marcha e incontinencia urinaria tras caída accidental en su domicilio hace 5 días. Niega TCE, vómitos proyectivos ni pérdida de consciencia tras la caída. Niega incontinencia defecatoria. No fiebre ni otra clínica asociada.

Exploración física: AEG. Consciente y orientado en persona y lugar. Desorientado en tiempo. TA: 130/75 mmHg. FC: 68 lpm. T^a: 36.1°C. Sat. O₂: 97%. ACR, abdominal y MMII sin hallazgos. Neurológica: Glasgow 15/15. Pupilas normocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.

Pruebas complementarias: conservados. Fuerza y sensibilidad conservada y simétrica. No disimetría ni disdiadococinesia. Bradipsiquia. Ataxia de la marcha con Romberg negativo. No signos de meningismo.

Enfoque individual: paciente jubilado. Antecedente de cuadro inespecífico de inestabilidad de años de evolución con TAC de

cráneo y exploración neurológica normal, que le permite realizar vida normal sin requerir tratamiento. Acude su hijo a consulta refiriéndonos el cuadro que presenta su padre, por lo que decido acudir a valorarlo en domicilio.

Juicio clínico: craneofaringioma intraventricular e hidrocefalia triventricular.

Diagnóstico diferencial: ictus hemorrágico/isquémico, hematoma epidural/subdural, síndrome confusional agudo, etc.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a hospital de referencia para realización de pruebas complementarias, objetivándose LOE supraselar quística e hidrocefalia triventricular asociada en TAC de cráneo. Se traslada al paciente al HUVR para completar estudio con RNM y programar intervención quirúrgica.

Evolución

Evolución tórpida tras exéresis de craneofaringioma y colocación de drenaje ventricular externo. Tras 50 días de ingreso inicia cuadro de shock séptico en relación a meningoventriculitis, desencadenando la muerte encefálica del paciente.

Conclusiones

El claro empeoramiento del estado general de un paciente al que conocemos con anterioridad, siempre debe de ponernos en alerta. La valoración del paciente en domicilio es una gran herramienta asistencial de la que disponemos, la cual debe desarrollarse de manera rigurosa y completa para facilitar la orientación diagnóstica de nuestros pacientes.

ÁREA: NEUROLOGÍA

Un mareo que hace temblar

López Salvador M¹, García Ramón M², Ferreras Berenguel R³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

² Médico de Familia. CS La Cañada. Almería

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almería Centro. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Mareo.

Historia clínica

Paciente de 50 años sin alergias conocidas y con antecedentes personales de migraña que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por presentar un episodio vertiginoso de características rotatorias, con náuseas y sin otros síntomas de interés. Tras exploración física normal, se pauta sulpirida y alta. A los 5 días vuelve a consultar por el mismo cuadro, sin cambios, y porque nota la mano izquierda "torpe". Exploración neurológica normal excepto la presencia de Romberg inestable y maniobra dedo-nariz con la mano izquierda alterada, por lo que se deriva a Urgencias Hospitalarias. TC sin alteraciones patológicas, por lo que se procede al alta.

Enfoque individual: consulta de nuevo dos semanas después a su Médico de Atención Primaria ya que el vértigo ha mejorado con betahistina, pero ha empeorado la clínica de su brazo izquierdo, en el cual presenta temblor, torpeza y sensación de cansancio. Se realiza derivación a neurología. En el momento de la consulta con neurología la exploración presenta leve bradicinesia y rigidez en extremidades izquierdas. Se solicita RMN craneal y cervical, con resultado anodino a excepción de discopatía cervical sin compromiso mielo-radicular, y SPECT DATSCAN con resultado sugestivo de

lesión dopaminérgica presináptica bilateral de predominio derecho.

Enfoque familiar y comunitario: sin información de interés.

Juicio clínico: vértigo rotatorio vs cervicopatía vs extrapidalismo.

Diagnóstico principal: enfermedad de Parkinson.

Tratamiento, planes de actuación: se pauta rasagilina 1 mg 1-0-0 y revisión anual.

Evolución

La paciente ha evolucionado sin incidencias clínicas relevantes. A la exploración: leve rigidez simétrica en extremidades superiores, con ausencia de braceo en miembro superior izquierdo. Desde el punto de vista psíquico ha tenido dificultades para aceptar su enfermedad. Baja adherencia al tratamiento médico por miedo a los efectos secundarios, pero finalmente entendió su importancia y comenzó a tomarlo.

Conclusiones

1. Papel del Médico de Atención Primaria en el seguimiento de las enfermedades crónicas. 2. Seguridad del paciente: relación riesgo-beneficio para iniciar los tratamientos en pacientes que presentan enfermedades crónicas.

Palabras Clave

Parkinson, Vértigo, Atención Primaria.

ÁREA: NEUROLOGÍA

No todo es COVID

Manzanares del Pozo F¹, Saman A², Del Barrio Masegosa D³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

³ Médico de Familia Adjunto. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

Ámbito del caso

Consulta de Atención Primaria y urgencias.

Motivos de consulta

Astenia, fiebre y malestar general inicialmente y posteriormente diplopía y parálisis del IV Par craneal.

Historia clínica

Varón de 57 años hipertenso con buen control, sin otras patologías. Acudió a nuestra consulta por fiebre, malestar general y astenia. No otra sintomatología asociada. Se le realizaron test antigénico a los 3 días del inicio de la clínica y PCR Sars-Cov-2 el 7º siendo negativos. 10 días después presenta diplopía y parálisis del IV par craneal. Elevación de enzimas hepáticas y serología CMV positiva. TAC craneal urgente normal. En consulta de neurología se realiza prueba con Mestinon positiva.

Juicio clínico: miastenia gravis.

Diagnóstico diferencial con infección por SARS-CoV-2, Ictus isquémico e infección por citomegalovirus.

Tratamiento, planes de actuación: plasmaferesis en consultas de neurología.

Evolución

Acude a nuestra consulta CS un paciente de nuestro cupo con síntomas de cansancio, fiebre y malestar general. En el contexto actual se

sospecha infección por COVID. Se le realiza test antigénico, resultando negativo y a la semana PCR también negativa. Y aproximadamente a los 10 días se le programa el alta, a pesar de que no ha mejorado mucho. A la semana el paciente acude a Urgencias por crisis hipertensiva y parálisis de IV par con diplopía. Es derivado al hospital con sospecha de ictus isquémico. Solicitamos analítica en la que destaca además afectación de enzimas hepáticas y a la espera de serología se añade al diagnóstico de ACVA isquémico, pero con probable citomegalovirus asociado (dichas serologías fueron positivas finalmente) que podría justificar el cansancio y malestar general. Inicialmente es valorado por Neurología por ictus probablemente secundario a crisis hipertensiva pero el paciente no mejora de la diplopía por lo que se amplía estudio con electromiograma y petición de AC antiacetilcolina. Se probó tratamiento con Mestinón que mejoró parcialmente los síntomas de Miastenia Gravis ocular. El paciente se encuentra con plasmaféresis y probablemente necesite una incapacidad permanente.

Conclusiones

¿Cuántas patologías han retrasado su diagnóstico durante este tiempo por culpa de la pandemia? ¿Cómo de difícil va a ser recuperar la “normalidad” y quitar de primera opción para todo el COVID?

Palabras Clave

COVID, Miastenia, Diplopía.

ÁREA: ONCOLOGÍA

Lipoma vs liposarcoma: la necesidad de la consulta presencial

Rodríguez García R¹, Cardoso Cabello D¹, Menéndez Moreno I²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Bultoma.

Historia clínica

Mujer de 74 años que consulta de manera telefónica por presentar desde hace dos semanas un bultoma en trapecio izquierdo que ha aumentado de tamaño pese a tratamiento con cefadroxilo 500 mg c/12 horas. Se cita para consulta presencial el mismo día.

Exploración física: bultoma de 6-7 cm indurado en omóplato izquierdo.

Pruebas complementarias: se realiza ecografía clínica que evidencia una lesión encapsulada no sugestiva de lipoma ni con contenido quístico.

Enfoque individual: AP: no RAMC. FRCV: HTA, dislipemia. IQ previas: histerectomía total + doble anexectomía (carcinoma uterino). Cardiopatía hipertensiva. Insuficiencia renal moderada. Osteoporosis. Infección crónica VHC.

Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico: bultoma a filiar.

Diagnóstico diferencial: tumoración benigna vs maligna.

Tratamiento, planes de actuación: se solicita ecografía de partes blandas de manera reglada. Se deriva a CIA General.

Evolución

En ecografía se aprecian dos tumoraciones sólidas: una de ellas de aspecto complicado con sangrado/infección en región supraclavicular izquierda y otra pectoral izquierda. Se solicita TC sin contraste IV de tórax que muestra lesiones sólidas dependientes del músculo trapecio y pectoral mayor izquierdos, no visibles en su totalidad en los cortes incluidos del estudio, por lo que se recomienda RM con contraste intravenoso y BAG eco-guiada. Metástasis pulmonares y pleurales de nueva aparición, no presentes en RX de tórax de 2019. Actualmente en seguimiento por su Médico de Familia y por CIA general, pendiente de RM con contraste intravenoso y de valoración por Unidad de Sarcomas.

Conclusiones

En el contexto actual de pandemia, no podemos olvidar un aspecto fundamental de nuestra práctica clínica: la exploración física. Como Médicos de Familia tenemos un rol trascendental en el manejo de estas lesiones, sospechando malignidad en aquellas con tamaño superior a 5 cm, consistencia aumentada, crecimiento rápido, localización profunda, presencia de dolor y recurrencia tras extirpación previa.

Palabras Clave

Liposarcoma, Neoplasms, Ultrasound.

ÁREA: ONCOLOGÍA

"Me duele la barriga, estoy triste"

De Oliveira Seruca V, Rodríguez Pérez M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Algeciras Norte. Hospital Punta Europa, Algeciras (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer 53 años. No RAM. HTA, asma, Sd depresivo de 28-30 años de evolución. G3P3Co.

Paciente hiperfrecuentadora por sintomatología ansioso-depresiva que acude de forma recurrente por dolor abdominal, sensación de pesadez en hipogastrio y tenesmo rectal asociado a hiporexia, por lo que, aunque con exploraciones normales debido a persistencia, se deriva a urgencias hospitalarias. Alta por descartar patología urgente tras cese del dolor con medicación endovenosa.

Enfoque individual: acude dos meses más tarde por empeoramiento de sintomatología digestiva. Abdomen algo distendido suprapúbico sin palpación de masas ni globo vesical. RX abdomen con acúmulo de heces en hemicolon derecho y gas distal. Se solicita ecografía ambulatoria y se explican síntomas por los que acudir a urgencias; que acude finalmente, cinco días más tarde.

Urgencias: abdomen doloroso con empastamiento en FII que ocupa hipogastrio. Tacto rectal sin hallazgos. RX abdomen: asas delgadas dilatadas con niveles hidroaéreos. Analítica: leucocitos 7050, Hb 14.9, PCR 6.5, PCT 0.02. TAC abdomen: dos lesiones quísticas con probable origen en anejo derecho de 10 y 11cm respectivamente, con varias asas ileales adheridas. No dilatación de asas de ID.

Ginecología la valora, confirma las lesiones descritas y solicita marcadores tumorales y RMN.

Enfoque familiar y comunitario: abordaje de la familia enfocado en la comprensión y empatía hacia la paciente, pues al ser hiperfrecuentadora, la familia pasó a un papel pasivo e infravaloración de los síntomas.

Valoramos como diagnóstico diferencial: patología infecciosa aguda abdominal, cuadro suboclusivo, obstrucción intestinal.

Juicio clínico: carcinoma seroso de alto grado (G3) en ovario izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: ingresa en Ginecología para cirugía programada de estadiaje con Ca125: 4089 y RMN: imagen sugestiva de proceso infiltrativo de origen anexial. Histología: ca seroso de alto grado (G3) en ovario izquierdo. Resto muestras (linfadenectomía pélvicas y paraórticas) sin enfermedad neoplásica epitelial. Se cita en oncología médica para comienzo de QT adyuvante.

Evolución

Actualmente en tratamiento activo con QT.

Conclusiones

Se destaca la labor del Médico de Familia por las indicaciones clínicas ante las que acudir a urgencias; solicitud de pruebas ambulatorias realizadas y; tratamiento correspondiente a la sintomatología presentada durante el proceso de espera.

Palabras Clave

Dolor, Hipogastrio, Carcinoma.

ÁREA: ONCOLOGÍA

El hierro no lo es todo

De la Morena Sanz A¹, Prats Ulloa J¹, Manzanares del Pozo F²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara.

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Astenia y control analítico de dislipemia.

Historia clínica

Paciente mujer de 47 años con antecedentes personales de dislipemia en tratamiento con simvastatina 20 mg/24 h e hipermenorrea que en control analítico rutinario se objetiva anemia microcítica hipocrómica (hemoglobina 8,6 g/dl) sin otros hallazgos analítico relevantes ni otra sintomatología asociada.

Enfoque individual: buen estado general. Ligera palidez cutánea, normoperfundida y normohidratada. Auscultación cardiopulmonar anodina. Exploración abdominal anodina. Resto de exploración sin hallazgos.

Enfoque familiar y comunitario: soltera, sin hijos, vive en domicilio con ambos padres. Presenta tres familiares de segundo grado con historia oncológica (cáncer de colon, cáncer de laringe y tumor cerebral).

Juicio clínico: anemia microcítica hipocrómica a estudio.

Diagnóstico diferencial: hipermenorrea, rasgos talasémicos, procesos neoformativos.

Tratamiento, planes de actuación: avisan desde el laboratorio de hematología tras analítica rutinaria por hemoglobina 8,6 g/dl. Se deriva a la paciente al Servicio de Urgencias para valoración

ginecológica urgente por anemia sintomática con antecedente de hipermenorrea. En ecografía transvaginal se objetiva masa anexial derecha de ecogenicidad mixta de 51x57 mm, por lo que se pauta hierro intravenoso y oral y ácido tranexámico y se cita en consultas de ginecología para estudio.

Evolución

En ecografía ginecológica se objetiva tumor anexial derecho de alto riesgo de 23x35 mm, por lo que se amplió estudio de imagen realizándose TAC toraco-abdomino-pélvico donde se evidencia tumoración en colon ascendente con signos de invasión transmural, metástasis adenopáticas locorregionales, implantes peritoneales, múltiples metástasis hepáticas, líquido libre abdominal y nódulos pulmonares múltiples sospechosos de malignidad. Se cita prioritariamente en consultas de diagnóstico rápido de Medicina Interna para realización de colonoscopia donde se confirma neoplasia de colon ascendente estadio IV. Se amplía estudio genético-molecular donde se descarta inestabilidad para microsatélites, evidenciándose mutación del codon 12 de KRAS.

Conclusiones

Como médicos de familia, es importante realizar un correcto estudio de las anemias, descartando los principales orígenes acorde a la edad y características de la paciente que se presenta: origen ginecológico y digestivo.

Palabras Clave

Anemia, Neoplasia de Colon, Hipermenorrea.

ÁREA: ONCOLOGÍA

"Tengo un bulto en el pie"

Luque López C¹, Jiménez Romero M², Ávila González M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Marchena. Sevilla

² Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Almorón, Écija (Sevilla)

Ámbito del caso

Comenzó en el ámbito de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Consulta por inflamación en la base del primer metatarsiano (pie derecho). Y otras 4 ocasiones más por empeoramiento.

Historia clínica

Varón de 46 años. Sin alergias conocidas. Sin enfermedades de interés. Hábitos tóxicos: exfumador de 5 paquetes/año. Intervenciones quirúrgicas: vasectomía.

Enfoque individual: consulta por inflamación en base del primer metatarsiano, a la exploración presenta una zona que impresiona de punto de inoculación de picadura, se trata con antihistamínico y corticoides en urgencias CS. Por crecimiento de la inflamación acude una segunda vez y se trata con antibioterapia, a la exploración presenta aumento de inflamación, eritema, sin fiebre ni aumento de calor local. La lesión no desaparece, acude a su médico de familia que tras anamnesis y exploración decide pedir una radiografía y una ecografía preferentes, más analítica.

El resultado de la ecografía describe una colección que podría tratarse de un absceso, pero sin diagnóstico claro. Tras esto su médico contacta con traumatología del hospital de referencia y comenta el caso, decidiéndose derivación preferente a consultas. Allí se le pide una RM preferente y el diagnóstico es de sarcoma sinovial.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente presentaba buen soporte social y familiar.

Juicio clínico: sarcoma sinovial.

Diagnóstico diferencial: picadura de insecto, sobreinfección de punto de inoculación, absceso. Fue presentando más dificultad para caminar debido al aumento de inflamación. Se decidió realizar baja laboral por incompatibilidad con el trabajo que realizaba.

Tratamiento, planes de actuación: primero se trató como una reacción alérgica con antihistamínicos y corticoides. Después como sobreinfección de picadura con antibioterapia, la cual se repitió. Finalmente fue derivado al servicio de oncología para tratamientos pertinentes.

Evolución

Tras el diagnóstico realizó tratamiento quimioterápico, radioterápico y quirúrgico. Actualmente en seguimiento por oncología y rehabilitación.

Conclusiones

Los casos con anamnesis y exploraciones similares suelen resolverse con el tratamiento aplicado y la primera sospecha diagnóstica suele ser la correcta. En este caso la evolución desfavorable nos hizo sospechar otros diagnósticos menos comunes. Aun así se actuó con rapidez desde Atención Primaria ya que se llegó a un diagnóstico definitivo en el plazo de 1 mes, añadiendo que nos encontrábamos en pandemia.

Palabras Clave

Sarcoma Sinovial, Absceso.

ÁREA: ONCOLOGÍA

¡Tenemos que explorar!

Prats Ulloa J, Rosario Rúas L, de la Morena Sanz A

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Malestar, fatiga y febrícula.

Historia clínica

Mujer de 79 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta de Atención Primaria por malestar general de dos meses de evolución acompañado de febrícula de hasta 37.5°C las dos últimas noches, que no va acompañada de sudoración nocturna.

Enfoque individual: no presenta antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

Exploración física: consciente y orientada en las tres esferas. Normocoloreada, normoperfundida y normohidratada. Eupneica en reposo (Sat. O₂ 94% basal, afebril). Auscultación cardiopulmonar, abdominal y de extremidades anodina.

Se reinterroga a la paciente, comentando que refiere cuadro de tres meses de evolución de una lesión en mama izquierda, con disnea de esfuerzos asociados, así como astenia y anorexia, sin otros datos de interés. Se exploran ambas mamas en la consulta de Atención Primaria evidenciando en mama izquierda masa retroareolar, con piel retraída en forma de piel de naranja de 4x5 cm, así como mama derecha sin alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su marido, con ayuda a domicilio del que apenas sale. Buen apoyo familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neoplasia de mama.

Tratamiento, planes de actuación: se envía a la paciente a la consulta de diagnóstico rápido de Medicina Interna donde se realiza una analítica de sangre descartando únicamente una ligera elevación de LDH, y una radiografía de tórax con incontables lesiones a nivel de ambos campos pulmonares de aspecto nodular en relación con patrón en suelta de globos en el contexto de posible enfermedad metastásica. Finalmente se realiza un TAC toraco-abdomino-pélvico donde se evidencia una tumoración retroareolar en mama izquierda con adenopatías axilares izquierdas.

Evolución

La paciente presenta buena evolución clínica, únicamente requiriendo oxigenoterapia crónica domiciliar por Sat. O₂ basales de 89-90%, sin presentar otra sintomatología. Se realiza biopsia de la tumoración que confirma la sospecha.

Conclusiones

La dificultad del caso radica en realizar una correcta anamnesis y exploración física. En ocasiones nos dejamos guiar por lo que nos cuenta el paciente de primeras, sin realizar una anamnesis sistemática por aparatos y órganos, que, en ocasiones, resulta clave para realizar un correcto diagnóstico y detectar graves problemas de salud, así como una exploración física completa, "de arriba a abajo" sin menospreciar los detalles.

Palabras Clave

Neoplasia de Mama, Piel de Naranja, Suelta de Globos.

ÁREA: ONCOLOGÍA

La importancia del apoyo multidisciplinar

Meseguer Gómez M¹, Abaurre Delgado A², Cano Guzmán M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. CS Coria del Rio. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Espartinas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. CS Coria del Rio. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Náuseas.

Historia clínica

Mujer de 79 años que acude a su Médico de Atención Primaria (MAP) por náuseas de semanas de evolución asociadas a pérdida de peso (8 kg aprox.)

La paciente consultó por primera vez por lumbalgia mecánica, con irradiación a MII. Tras inicio de tratamiento con tramadol oral comenzó con náuseas. La lumbalgia fue remitiendo; pero en cambio, se acentuaron las náuseas, sin vómitos.

Aceptable estado general, con palidez. Hemodinámicamente estable con TA 114/70. Eupneica. Afebril. Abdomen blando y depresible. Se palpa hepatomegalia de unos 4-5 traveses de dedo, dura e indolora.

Enfoque individual: no RAMC. HTA y DLP, no DM. Hábitos tóxicos: bebedora de 3-4 UBE/día y fumadora de 162.5 paquetes/años.

Enfoque familiar y comunitario: independiente para ABVD. Vive con su marido.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se solicita analítica completa y estudio de imagen (eco-TAC Abdominal preferente): elevación de enzimas de colestasis y citólisis, con bilirrubina normal. Hepatomegalia a expensas de incontables lesiones hepáticas hipodensas en todos los

segmentos probablemente metastásicas.

Tratamiento, planes de actuación: se hace teleconsulta con Medicina Interna y se cursa ingreso para control de síntomas y estudio de extensión: colonoscopia y gastroscopia normales, por lo que descarta en principio, tumor primario a nivel Digestivo. TAC Tórax con contraste con diagnóstico de masa tumoral hiliar izquierda con comportamiento infiltrante, afectando arteria pulmonar principal, bronquio principal izquierdo; contactando ampliamente con aorta torácica descendente y esófago. Marcadores tumorales: cA 15.3 36.1, CA 19.9 24453.5, CEA 673.50. Todo esto es compatible con mayor probabilidad con cáncer microcítico de pulmón.

Evolución

Ante los resultados de las principales pruebas complementarias, se solicita broncoscopia, planteándose en un principio manejo invasivo; en cambio, la paciente sufre evolución tórpida, con mal control del dolor a pesar de parches de fentanilo y rescates de morfina SC; y con cuadro confusional con delirium hiperactivo precisándose de Haloperidol. Se prioriza el confort de la paciente; acordándose manejo hospitalario. Finalmente se decide sedación paliativa y es Exitus Letalis.

Conclusiones

Este caso, se muestra la importancia de una buena comunicación Atención Primaria-Atención Hospitalaria. Con ella, se permite un buen abordaje multidisciplinar del nuestro paciente, los cuales se benefician de dicha buena praxis.

Palabras Clave

Tabaco, Pérdida de Peso, Cáncer.

ÁREA: ONCOLOGÍA

La importancia de detectar signos y síntomas de alarma para evitar retrasos diagnósticos

González Romero R¹, Cruz Romero L², Eliche Mozas M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor retroesternal y pirosis.

Historia clínica

Paciente mujer de 55 años hipertensa, exfumadora desde hace más de 30 años y con antecedentes de trastorno de ansiedad que consulta por pirosis y dolor retroesternal de un mes de evolución que se acentúa después de las comidas. Posteriormente, la paciente acude en varias ocasiones a consulta refiriendo nuevos síntomas como tos, disfonía, dorsalgia de características neuropáticas y, finalmente, disfagia para líquidos y disnea. La exploración física es normal, salvo dolor a la palpación en epigastrio, aunque destaca la pérdida de peso progresiva de la paciente.

Enfoque individual: desde Atención Primaria, se solicitan inicialmente una analítica y una radiografía de tórax que resultan normales. Dada la evolución de la paciente con la aparición de síntomas de alarma y escasa respuesta a tratamiento sintomático, incluida analgesia de tercer escalón, se realiza derivación a Urgencias Hospitalarias, desde donde ingresa en Medicina Interna para estudio. Se solicita body-TAC con hallazgo de una neoplasia hiliar derecha pulmonar con metástasis hepáticas y retroperitoneales, además de una adenopatía supraclavicular.

Enfoque familiar y comunitario: trabaja como ama de casa y vive en el núcleo de una familia

estructurada, con su marido y sus dos hijos.

Juicio clínico: diagnóstico: neoplasia hiliar derecha con metástasis hepáticas, retroperitoneales y vertebrales.

Diagnóstico diferencial: enfermedad por reflujo gastroesofágico, trastorno de ansiedad, enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, afecciones del tiroides o paratiroides) y procesos malignos neoformativos.

Tratamiento, planes de actuación: se solicita broncoscopia y BAG de la adenopatía supraclavicular, confirmándose un adenocarcinoma de pulmón. Se realiza ingreso a cargo de Oncología. Analgesia pautada de tercer escalón con necesidad de varios rescates al día.

Evolución

Tras el ingreso en Oncología, la paciente comienza con crisis de disnea cada vez más frecuentes. Se contacta con el servicio de Paliativos y, finalmente, fallece.

Conclusiones

Este caso pretende ser un ejemplo de la importancia de prestar atención a los signos y síntomas de alarma y reevaluar nuestra orientación diagnóstica en cada consulta, con el fin de evitar retrasar el diagnóstico de patologías potencialmente graves.

Palabras Clave

Oncology Pain, Adenocarcinoma of Lung, Dyspnea.

ÁREA: ONCOLOGÍA

La importancia de la palpación

López Salvador M¹, García Ramón M², Pérez Nieto M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Cañada. Almería

² Médico de Familia. CS La Cañada. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tumoración en mama.

Historia clínica

Varón de 30 años sin antecedente familiares ni personales de interés salvo que es fumador de un paquete diario desde los 15 años, que acude a consulta de Atención Primaria tras palpase una tumoración en mama izquierda, sin ninguna otra clínica acompañante.

Enfoque individual: a la exploración nos encontramos en la mama izquierda una tumoración redondeada de 0.5 cm, no adherida a planos profundos, móvil, rodadera, sin retracción ni secreción por el pezón, no ulceraciones ni adenopatías axilares. La mama derecha no presenta alteraciones. Resto de la exploración normal.

Se realizan diversas pruebas complementarias: radiografía de tórax: sin alteraciones. Ecografía mama: nódulo sólido, hiperecogénico, heterogéneo, con aumento de señal Doppler color, BIRADS 5. Mamografía: nódulo denso de 2 cm de diámetro aproximadamente, de bordes mal definidos BIRADS 5, probablemente maligna.

Ante estos resultados se biopsia la mama, encontrándonos con un carcinoma ductal infiltrante de grado histológico I de Nottingham,

con microcalcificaciones, receptores hormonales positivos, HER-2 negativo e índice proliferativo 10-20%. TC torácico, TC abdominal y gammagrafía ósea: sin hallazgos radiológicos significativos. Estudio genético: no variación génica de los genes BRCA1 Y BRCA2, ni deleciones ni duplicaciones.

Enfoque familiar y comunitario: sin información relevante.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: cáncer de mama, fibroadenoma, ginecomastia, mastitis crónica.

Tratamiento, planes de actuación: mastectomía izquierda + BSGC + Hormonoterapia. Se procede a la preservación de semen.

Evolución

Curación total.

Conclusiones

1. El cáncer de mama masculino es un cáncer raro que se forma en el tejido mamario del hombre. Aunque comúnmente se piensa que el cáncer de mama es una enfermedad que afecta a las mujeres, también puede desarrollarse en los hombres. 2. El cáncer de mama masculino es más común en los hombres mayores, aunque puede manifestarse a cualquier edad.

Palabras Clave

Cáncer de Mama, Varón, Mamografía.

ÁREA: OFTALMOLOGÍA

A propósito de un caso de anisocoria

Real Ojeda R¹, Moreno Torres F²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicios de Urgencias.

Horner. Pupila de Argyll Robertson. Causa farmacológicos.

Motivos de consulta

Anisocoria tras retirada de lente de contacto.

Tratamiento, planes de actuación: sin tratamiento ante su resolución espontánea, mantenemos seguimiento.

Historia clínica

Varón de 31 años. Miopía en ambos ojos de -2D. Se detecta midriasis unilatral del ojo derecho (OD) en ese ojo tras quitarse las lentillas. Sin dolor ni otra focalidad neurológica acompañante. Niega traumatismo, no consumo de estupefacientes, ni de medicación actualmente.

Evolución

Al cabo de un mes, presenta un segundo episodio similar con menor dilatación del OD, con resolución espontánea. Se sospecha como causa principal un espasmo del esfínter.

Exploración y Pruebas Complementarias: agudeza visual en ambos ojos conservada. No ptosis, no hiperemia. No Defecto Pupilar Aferente (DPAR). Discreta anisocoria derecha, sin cambios con luz ni en oscuridad. Motores Oculares Extrínsecos Conservados, no parálisis, no paresias, buena convergencia y tono digital. Resto de la exploración neurológica, sin alteraciones. Fondo de ojo: papilas grandes, simétricas, no sobreelevadas, bien delimitadas, máculas sin alteraciones. Angio-TAC de cráneo sin alteraciones. Prueba de pilocarpina diluida: con luz no se aprecian cambios, pero en penumbra, el OD consigue algo de midriasis mientras que el izquierdo se mantiene miótico.

Conclusiones

Tras una historia clínica detallada, hay que realizar una exploración de las pupilas y de su comportamiento ante la luz y la oscuridad, de la hendidura palpebral, de la motilidad extrínseca, del V par craneal y de la convergencia. Si se mantiene estable con la luz y en penumbra, hablaríamos de una anisocoria fisiológica (20% de la población general). Cuando aumenta la anisocoria con la luz, la pupila que no se contrae es la patológica, por lo que sospecharíamos una afectación parasimpática (pilocarpina diluida: adié, III par, bloqueo colinérgico). Por otro lado, si es mayor en la oscuridad, la pupila que no se dilata es la patológica y la vía afectada sería la simpática (síndrome de Horner). Otras causas poco frecuentes de midriasis: congénita, episódica benigna (relacionada con la migraña) y la "la pupila en renacuajo".

Juicio clínico: anisocoria transitoria a estudio.

Diagnostico diferencial: anisocoria fisiológica. Traumatismo del iris. Defecto relativo pupilar aferente. Pupila tónica de Adié. Síndrome de

Palabras Clave

Anisocoria, Midriasis Unilatral.

ÁREA: ORL

¿Qué se esconde detrás de una odinofagia persistente?

Morilla Roldan C¹, acosta Escasúa C², Mestre Reoyo G³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Esperanza Macarena. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Jerónimo. Sevilla

³ Médico de Familia. CS Esperanza Macarena. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Odinofagia.

Historia clínica

Mujer de 52 años. No hábitos tóxicos. Intolerancia a paracetamol, no otras alergias medicamentosas. Epilepsia. Hepatopatía. Glaucoma cortisónico. No factores de riesgo cardiovascular. No intervenciones quirúrgicas. Hace 1 año acude a consulta porque refiere aumento de tamaño del cuello desde hace 1 mes.

Exploración: buen estado general. Glándulas submandibulares bilaterales engrosadas. Palpación tiroides normal. Ecografía cuello: normal. Acude durante el siguiente año en varias ocasiones por episodios de odinofagia autolimitados, que mejoran con antibioterapia.

Hace 2 meses acude por odinofagia asociada a dolor cervical anterior. Exploración: orofaringe: hiperémica, hipertrofia amigdalar izquierda, leucoplasia amígdala izquierda. Adenopatía cervical izquierda, dura, no dolorosa, no adherida. TAC cervical con contraste: adenopatía laterocervical 2,5 cm, con realce heterogéneo, sugestiva de adenopatía metastásica. Biopsia amígdala izquierda: celularidad escamosa con atipia citológica sugestiva de malignidad.

Enfoque individual: no procede.

Enfoque familiar y comunitario: no procede.

Juicio clínico: carcinoma de células escamosas no queratinizante p16 negativo.

Diagnóstico diferencial: amigdalitis pultácea, mononucleosis, absceso periamigdalino.

Tratamiento, planes de actuación: amigdalectomía ampliada izquierda y vaciamiento ganglionar funcional izquierdo.

Evolución

Actualmente en seguimiento por Oncología.

Conclusiones

Entre los factores de riesgo más importantes en los cánceres de cabeza y cuello está el consumo de alcohol. Además, el tabaco también constituye un factor importante. La mucosa de la faringe está expuesta a los carcinógenos derivados del alcohol y el tabaco por lo que está en riesgo de desarrollar tanto una lesión premaligna como maligna. Los pacientes que presentan signos y síntomas inespecíficos de la región de cabeza y cuello deben estudiarse por el otorrinolaringólogo, en especial si los síntomas duran más de dos a cuatro semanas. Si una lesión de cabeza y cuello tratada al principio con antibióticos no se resuelve en un plazo breve, está indicado proseguir el estudio; limitarse a continuar el tratamiento antibiótico conlleva no poder realizar un diagnóstico precoz de un tumor maligno. Los cánceres de cabeza y cuello avanzados de cualquier localización pueden provocar otalgia, obstrucción de vías respiratorias, neuropatías craneales, odinofagia, disfagia o linfadenopatía cervical, que puede ser unilateral o bilateral.

Palabras Clave

Carcinoma, Tonsila Faríngea, Neoplasias Orofaríngeas.

ÁREA: ORL

Padre de familia, cuidador principal de 3 hijas dependientes. Diagnósticos que te cambian la vida y otros que se la llevan

Luque de Haro E¹, Reyes Álvarez M², Quesada Moraga R³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Motril (Granada)

³ Médica de Familia. CS Góngora. Granada

Ámbito del caso

Medicina de familia.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Varón de 48 años con hipertensión arterial, dislipemia, síndrome depresivo y portador en heterocigosis de la mutación para el Síndrome de Griscelli tipo I. Fumador. Consulta por cefalea de dos meses que no cede con analgesia, asociando molestias en oído izquierdo. Tras exploración sin alteraciones y se solicita TAC de cráneo ambulatorio. Tres semanas después continúa con clínica y acude a urgencias hospitalarias donde se realiza TAC urgente y se objetiva ocupación de partes blandas en mastoides. Se deriva a consulta de otorrinolaringología. Le realizan RMN y biopsia.

Enfoque familiar y comunitario: padre de tres hijas dependientes por síndrome de Griscelli, siendo él y su mujer los principales cuidadores. Otro hijo de 22 años que no padece la enfermedad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: la cefalea es uno de los principales motivos de consulta. Es importante diferenciar entre primarias y secundarias, estas últimas, con una causa orgánica pueden suponer un riesgo vital. Según la clasificación temporal y centrándonos en las cefaleas agudas de reciente comienzo encontramos las secundarias a infecciones, a trombosis de senos, a trastornos homeostáticos,

oculares u otorrinolaringológicos. Por la normalidad de las pruebas y la ausencia de fiebre, era necesaria la realización de un TAC craneal para descartar lesión subyacente. Se llegó al diagnóstico de carcinoma nasofaríngeo de células escamosas no queratinizante. Fue importante analizar la problemática social por la situación familiar y poner a disposición del paciente los recursos sociales del centro y una atención integral por parte de trabajadora social, enfermero y médica.

Tratamiento, planes de actuación: comienza tratamiento en oncología con radioterapia.

Evolución

Durante los siguientes meses sufre un tromboembolismo pulmonar y poco después un empeoramiento progresivo, falleciendo a los 6 meses del diagnóstico.

Conclusiones

Destacamos la importancia del acceso a las pruebas complementarias desde Atención Primaria para agilizar diagnósticos. Se pone de relieve la demora en las pruebas solicitadas desde Atención Primaria, y cómo desde urgencias hospitalarias los usuarios terminan accediendo con más facilidad y rapidez a los diagnósticos. Además, la visión del paciente en su conjunto, analizando su esfera social y situación familiar nos hacen ver la importancia de una atención integral de todo el equipo del centro.

Palabras Clave

Neoplasms, Headache, Family Practice.

ÁREA: ORL

Sincronización atención primaria y urgencias, un valor seguro

Vilar Castro R¹, Lobnig Becerra M², Martínez Lagares T²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linarejos. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Persistencia de dolor e inflamación facial.

Historia clínica

Tumefacción facial de una semana de evolución que asocia fiebre de hasta 38.8°C, dolor intenso a la palpación y a la movilización cervical. Acudió hace dos días a Servicio de Urgencias hospitalarias siendo dada de alta, sin realización de pruebas complementarias y con juicio clínico de sospecha de adenopatía, siendo remitida a consulta de Atención Primaria para estudio. Ante la exploración física y la evolución de los síntomas se decide nueva derivación a Servicio de Urgencias para realizar analítica y pruebas de imagen.

Enfoque individual: mujer de 76 años. Con antecedentes personales de DM tipo 2, HTA e insuficiencia venosa crónica. Alérgica a metamizol. Sin hábitos tóxicos. En tratamiento con enalapril y metformina. Tumefacción facial con borramiento de ángulo mandibular derecho, dolor a la palpación, aumento de temperatura local y eritema cutáneo. No alteraciones en cavidad oral. Presencia de adenopatías laterocervicales. T^a 38.2°C. Saturación de oxígeno 98%. TA 155/99 mmHg. FC 92 lpm. En segunda visita a Servicio de Urgencias se realiza analítica sanguínea donde presenta aumento de

Proteína C Reactiva, leucocitosis y neutrofilia. Se realiza ecografía que concluye inflamación de glándula parotídea a correlacionar con datos clínicos.

Enfoque familiar y comunitario: mujer viuda, sin hijos, con un nivel sociocultural medio-bajo.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: parotiditis aguda. Tumor parotídeo. Identificar rápidamente signos infecciosos e inflamatorios para poder administrar un tratamiento dirigido.

Tratamiento, planes de actuación: alta a domicilio con antibioterapia oral. Derivación a CCEE de ORL para seguimiento.

Evolución

La paciente continúa en seguimiento por ORL. Ha mejorado significativamente tras el tratamiento, con desaparición del dolor y disminución de la inflamación facial.

Conclusiones

Es importante tener claro cuándo debemos derivar a un paciente a Servicio de Urgencias para realizar una detección precoz de patologías que podrían comprometer la estabilidad hemodinámica del paciente.

Palabras Clave

Parótida, Infección, Fiebre.

ÁREA: ORL

Complicación de la faringoamigdalitis estreptocócica

Lobnig Becerra M¹, Vilar Castro R², Llamas Damián M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linarejos. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Jaén

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Faringodinia, odinofagia y disnea.

Historia clínica

Faringodinia y odinofagia de 5 días de evolución, ha consultado en dos ocasiones en Servicio de Urgencias de Atención Primaria donde fue diagnosticado de faringoamigdalitis estreptocócica y fue tratado con azitromicina. Acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias por empeoramiento clínico a pesar del tratamiento, fiebre de hasta 39°C, sensación de disnea de predominio nocturno, que le despierta del sueño, y aumento de la intensidad del dolor.

Enfoque individual: varón de 39 años. No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Hábitos tóxicos: fumador de 20 cigarrillos/día. Boca séptica, faringe eritematosa, amígdala derecha hipertrófica, impactada en úvula sin llegar a desplazarla, que tras roce con depresor drena contenido purulento en sábana. Auscultación cardiorrespiratoria dentro de la normalidad. Saturación de oxígeno 98%. T^a 38.8°C. TA 132/69 mmHg. FC: 88 lpm. En la analítica destaca marcada leucocitosis con desviación izquierda y aumento de reactantes de fase aguda.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su pareja.

Juicio clínico: absceso periamigdalino.

Diagnóstico diferencial: faringoamigdalitis estreptocócica.

Identificación del problema: exploración minuciosa y necesidad de seguimiento estrecho. Además, se debe tener en cuenta que se empleó como tratamiento inicial un antibiótico de segunda elección.

Tratamiento, planes de actuación: canalización de VVP con administración de 2 g de amoxicilina-clavulánico y bolo de 80 mg de urbasón (mg/kg, según peso del paciente). Se contacta con ORL de guardia y se cursa ingreso para completar drenaje.

Evolución

El paciente permanece ingresado con antibioterapia iv durante 5 días, se encuentra hemodinámicamente estable. ORL realiza drenaje del absceso. Finalmente es dado de alta con antibioterapia oral, para completar pauta, y remitido a consultas externas para seguimiento.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta las complicaciones de la faringoamigdalitis estreptocócica. Además, debemos emplear las guías antimicrobianas de nuestra área sanitaria, como por ejemplo la guía Aljarafe en nuestro medio, para evitar contribuir a la aparición de resistencias bacterianas.

Palabras Clave

Disnea, Faringoamigdalitis, Antibioterapia.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Rotura tendinosa bilateral por uso de levofloxacino. A propósito de un caso

García González S, Rojas Sañudo A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. UUDD MFyC DS Poniente. Almería

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Fiebre de 38.5°C y tos con aumento de disnea.

Historia clínica

Varón de 78 años con fiebre de dos días de evolución que presenta tos con expectoración amarillenta, aumento de disnea con mínimos esfuerzos y edematización de MMII. Ingresa en MI, iniciando tratamiento con levofloxacino, triple terapia inhalada y corticoides sistémicos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: vacunación completa de COVID. Alergia a metamizol. HTA, DM II, Hipercolesterolemia, fumador. FA, IM leve, EPOC enfisematoso, artritis reumatoide. TA 152/90. FC 115 lpm. Al momento del ingreso: Sat. 95% con GN a 2 litros. BEG, eupneico en reposo. ACP: arrítmico con frecuencia rápida. MVC con crepitantes bibasales y roncus dispersos en ambos campos pulmonares. Edemas en MMII con fóvea. RX tórax: compatible con neumonía. Bioquímica: PCR 20 mg/dl. Dímero D 630 ng/ml. Gasometría: pH 7.5, pCO₂ 29 mmHg. Urianálisis: Ag S. pneumoniae positivo. Legionella negativo. PCR COVID negativo. ECO al alta: rotura de espesor completa con brecha de 5 mm en tercio superior del tendón de Aquiles izquierdo, rotura parcial >50% en tercio superior del tendón de Aquiles derecho.

Enfoque familiar y comunitario: seguimiento de tratamiento conservador por parte de su médico de Atención Primaria.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neumonía basal

derecha por neumococo con EPOC agudizado e insuficiencia respiratoria. Rotura bilateral del tendón Aquileo secundario a tratamiento con quinolonas. Descartar otras patologías que cursen con patología respiratoria como COVID, Legionella, H. influenzae, P. aeruginosa, Mycoplasma. Respecto a la rotura tendinosa valorar como posible causa el tratamiento de larga duración con corticoides.

Tratamiento, planes de actuación: al ingreso Levofloxacino iv 7 días, triple terapia inhalada y corticoides sistémicos en dosis decrecientes. Continuar con tratamiento habitual de patologías de base. Al tratarse de una rotura tendinosa crónica en paciente pluripatológico, se recomienda botas ortopédicas manteniendo reposo relativo intentando iniciar la deambulación lo antes posible, además de tratamiento analgésico.

Evolución

La evolución de la neumonía es favorable con el tratamiento pautado, presentando al alta dolor en pies con limitación importante de la deambulación sin antecedente traumático.

Conclusiones

A pesar de que la rotura tendinosa es un efecto secundario poco frecuente del uso de quinolonas, en Atención Primaria debemos incidir en el adecuado uso de tratamiento antibiótico para evitar determinadas interacciones farmacológicas y efectos secundarios graves, prestando especial atención a pacientes pluripatológicos.

Palabras Clave

Neumonía, Quinolonas, Rotura.

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Sin tensión, sin dolor... con azúcar

Romero García J

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Hipotensión.

Historia clínica

Mujer de 76 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Fibrilación Auricular y Diabetes Mellitus II, en tratamiento, que acude por presentar cuadro de hipotensión de días de evolución acompañado en alguna ocasión de mareo y sudoración, manejando cifras de 90/50. No había presentado dolor torácico, síncope, palpitaciones ni disnea.

Enfoque individual: llega a consultar en varias ocasiones en las que se realiza una retirada progresiva de antihipertensivos, sin mejoría. En dos ocasiones se hacen ECG descritos como normales.

Un día después de la última consulta, donde se añadieron náuseas y vómitos al cuadro, se acude a valorar al domicilio porque la familia avisa por cuadro presincojal al incorporarse de la cama, sin pérdida de conciencia, con TA 85/40. Al llegar, la paciente se encuentra encamada, con mayor debilidad y habiendo presentado disnea durante el episodio, sin dolor torácico. Se realizó un nuevo ECG con el siguiente resultado: FA a 110 lpm con elevación de ST en I, AVL, V3-5 y onda Q ya establecida.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte familiar. Casada con dos hijas, con buena relación y apoyo entre ellos. Perfil socioeconómico medio. Hasta este episodio independiente para las ABVD y AIVD. Acude regularmente a su CS para seguimiento de su patología crónica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: SCACEST evolucionado de presentación atípica en paciente diabética.

Tratamiento, planes de actuación: se realizó traslado a Urgencias Hospitalarias.

Evolución

Tras ser valorada por Cardiología, se objetivaron datos ecocardiográficos de disfunción ventricular severa (FEVI 25%), quedando la paciente ingresada para estabilización y estudio.

Conclusiones

Este caso nos sirve para recordar la variabilidad de sintomatología atípica que puede presentar un paciente diabético que pudiera estar sufriendo un SCA, incluso producirse “en silencio”, como en este caso. Destacamos la importancia de estar alerta con este tipo de pacientes, realizando un seguimiento y control de la evolución.

Palabras Clave

Síndrome Coronario Agudo, Hipotensión, Diabetes Mellitus

ÁREA: RESPIRATORIO

Fiebre, dolor pleurítico y una RX inesperada

Valencia A¹, Domínguez Zorrero I², Martín Brioso E³

¹. CS Moguer

² Médico de familia.

³ Médico de Urgencias.

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias, Neumología, cirugía torácica.

Motivos de consulta

Fiebre y dolor costal de tipo pleurítico.

Historia clínica

Paciente de 17 años que consulta por fiebre de hasta 38.1º y dolor costal de tipo pleurítico de un día de evolución. ACP: normal salvo disminución del MV en base derecha.

Analítica: leucocitosis con neutrofilia. BQ y GSV normal. RX tórax: bulla LM probablemente sobreinfectadas y cisuritis a dicho nivel. Alta con amoxicilina-ác. clavulánico 875 mg/125 mg. Tras 5 días vuelve a consultar por no mejoría. ACP: igual. Analítica: HG normal. PCR 124,27. DD 1170. RX tórax: infiltrados en LSD y LID con mínimo derrame. En proyección lateral impresiona de bullas con nivel hidroaéreo. Alta pendiente de hemocultivos con levofloxacino 500 mg c/12 h 3 días y luego c/24 h hasta revisión en CCEE neumología.

Enfoque individual: CCEE Neumología: clínicamente mejor, sin fiebre y disminución del dolor costal. - Resultado hemocultivo: pseudomonas stutzeri multisensible. Continúa ATB 21 días. TAC programado: destaca en LID y LM múltiples bullas subpleurales coalescentes de tabiques finos que alteran la arquitectura vascular, destacando un quiste de paredes finas con nivel hidroaéreo en segmento basal posterior de LID de 50 x .50 mm. Hallazgo compatible con bulla sobreinfectada en contexto de bulla enfisematosa. No datos de neumotórax. No se visualizan adenopatías mediastínicas, hiliares ni

axilares.? Derrame pleural derecho. No derrame pericárdico. Se comenta caso con Cía Torácica HUVM para valoración de tratamiento Qx. Candidato a extirpación de bulla gigante VT con posibles riesgos y complicaciones. Se realiza intervención Qx con buena evolución clínica. Revisión Neumología: asintomático y realiza vida normal.?

Enfoque familiar y comunitario: seguimiento estrecho al mismo tiempo por MAP por posible evolución tórpida.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: bullas LID sobreinfectadas. Bacteriemia por Pseudomonas stutzer. D/D: NAC

Tratamiento, planes de actuación: en un principio amoxicilina-ác. clavulánico 875/125 mg. Tras evolución tórpida, levofloxacino 500 mg c/12 h 3 días y luego c/24 h durante 21 días. Intervención quirúrgica: extirpación de bulla gigante VT con posibles riesgos y complicaciones.

Evolución

Muy favorable, Asintomático, Realiza Vida Normal.

Conclusiones

Seguimiento estrecho de paciente con fiebre y dolor costal con dto de infección respiratoria. Recogida de hemocultivos antes de inicio de ATB. Planteamiento de tratamiento quirúrgico además de médico.

Palabras Clave

Fiebre, Dolor Costal, Bullas, Bacteriemia, Sobreinfección, Cirugía.

ÁREA: RESPIRATORIO

Doctor, ¿más codeína para mi tos?

Pérez Milán L¹, Santamaria Martín V², Pérez Tovar C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Loreto Puntales. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Cayetano Roldán

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Tos crónica.

Historia clínica

Paciente que acude a nuestra consulta por tos seca de 3 meses de evolución, que a pesar de tratamiento para rinoconjuntivitis alérgica persiste.

Enfoque individual. Antecedentes personales: intolerancia a algunos ARA II, amlodipino y doxazosina.

Anamnesis: paciente que acude a nuestra consulta por tos seca de 3 meses de evolución, que aumenta con los esfuerzos. Refiere aumento de mucosidad matutina con dificultad para la expectoración y autosibilancias ocasionales. No fiebre. No otra sintomatología de interés. Había consultado meses antes por picor de garganta y estornudos ocasionales sin rinorrea, que mejoraron ligeramente con Loratadina 10 mg/24 h.

Exploración: aP: MVC con sibilancias dispersos al final de la espiración en ambas bases. AC: rítmica sin soplos audibles.

Pruebas complementarias: radiografía tórax y analítica con autoinmunidad normal.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico: tos crónica a filiar.

Diagnóstico diferencial: entre las causas más frecuentes de tos crónica en el adulto nos encontramos con: síndrome de goteo postnasal, asma y RGE. Entre otras causas menos frecuentes debemos descartar: bronquitis crónica, proceso inflamatorio/infeccioso, neoplasia broncopulmonar, bronquitis eosinofílica, etc.

Tratamiento, planes de actuación: se receta symbicort turbuhaler 2 pulverizaciones cada 12 h y Furoato de fluticasona nasal 2 pulverizaciones cada 12 h con persistencia de la tos.

Evolución

Se decide derivación de la paciente a Neumología, quienes aconsejan retirada del ARA II que toleraba actualmente bien para la hipertensión arterial, solicitan TAC de tórax con imágenes de masa en segmento 6 del LII con extensión hacia el segmento ápico posterior del LSI sugestiva de neoplasia pulmonar con estadificación estimada T3-4 N2 Mx. Pendiente de PET-TC de Cuerpo Entero (F18.FDG) y anatomía patológica tras fibrobroncoscopia.

Conclusiones

Este caso nos muestra la importancia de trabajar algunas de las características fundamentales de la Atención Primaria, como son la longitudinalidad y atención integral de nuestros pacientes, pues la medicina nos muestra una vez más que la clínica de nuestros pacientes debe predominar siempre ante toda prueba de imagen aislada, para así entender que no tratamos enfermedades, sino a enfermos.

Palabras Clave

Tos, Algoritmo, Agentes Antitusivos.

ÁREA: RESPIRATORIO

"Doctora, me falta el aire"

Pamos García M¹, Paniagua Ortiz I¹, Pere Pedrol J²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ángela Uriarte. Madrid

² Médico de Familia Adjunto. CS Ángela Uriarte. Madrid

Ámbito del caso

Atención Primaria–Urgencias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Mujer de 56 años sin antecedentes personales relevantes, vacunada de primera dosis de Pfizer. Valorada en Urgencias el día 7 del inicio de los síntomas por artromialgias, fiebre y tos. Diagnosticada por PCR de infección por COVID19 variante Delta y derivada a domicilio con diagnóstico de COVID leve y seguimiento en Atención Primaria.

En el día 11 del inicio de los síntomas es valorada en el CS por aparición de disnea de mínimos esfuerzos de forma súbita hace dos días acompañado de dolor centrotorácico opresivo de características pleuríticas sin irradiación ni cortejo vegetativo ni otra clínica acompañante.

Enfoque individual: a su llegada, se encuentra taquipneica. Saturación de oxígeno: 95% y frecuencia cardíaca: 90 lpm. En la auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular conservado en ambos vértices e hipofonesis en bases.

Enfoque familiar y comunitario: dado el empeoramiento clínico y ante la sospecha de complicación se solicita radiografía de tórax ambulatorio en la que se visualiza neumotórax bilateral por lo que se deriva al servicio de Urgencias.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: RX tórax:

neumotórax bilateral con cámaras en tercio superior del hemitórax derecho y otra a lo largo del hemitórax izquierdo. Tenue aumento de densidad en bases sugestivo de focos bronconeumónicos. Juicio clínico: neumotórax bilateral secundario a neumonía bilateral COVID19 positiva.

Tratamiento, planes de actuación: valorada por cirugía torácica. Colocan un tubo de tórax en hemitórax izquierdo y otro en hemitórax derecho.

Evolución

Buena evolución clínica. Retirada de tubos de tórax a los 5 y 9 días con expansión completa pulmonar sin complicaciones posteriores. Fue dada de alta a los 12 días con fisioterapia respiratoria y seguimiento por su médico de Atención Primaria y neumólogo ambulatorio. Actualmente permanece con disnea de grandes esfuerzos manteniendo SatO₂ basal al 99%.

Conclusiones

El neumotórax es una complicación infrecuente de la neumonía por COVID19 (0.56% de los pacientes COVID19 que acuden a Urgencias) potencialmente mortal. Por ello, debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante un paciente con disnea brusca acompañada de dolor torácico, hipoxemia y taquipnea. El médico de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el seguimiento de pacientes con infección COVID19 y detección de complicaciones.

Palabras Clave

Neumotórax, Infección COVID19, Neumonía.

ÁREA: RESPIRATORIO

¡Doctora, no puedo respirar!

Rodríguez González D¹, García Martín S², Pérez García B³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

Ámbito del caso

CS.

Motivos de consulta

Disnea de mínimos esfuerzos.

Historia clínica

Paciente mujer de 33 años que acude a su CS por disnea de 7 días de evolución que hoy se ha vuelto a mínimos esfuerzos y dolor en hemitórax derecho, pleurítico, de nueva aparición. Valorada una semana antes en SUH por tumefacción y dolor en MII para lo que se pautó diosmina y taquicardia que se catalogó como ansiedad. Primera dosis para COVID-19 45 días antes (Pfizer). Afebril, no tos ni expectoración.

Antecedentes personales: obesidad, fumadora de 20 cig/día, no cardiopatía ni neumopatía conocida. En tratamiento habitual con ACO.

Exploración: REG, NC, NH, C y O en T, E y P. Disnea, sin tiraje. ACP: RSCRS, taquicardia sin soplos audibles. MV globalmente disminuido. MII: tumefacción gemelar, caliente, doloroso a la palpación. Homans positivo. Pulsos presentes. TA 130/70 mmHg. Sat. O₂ 95%. EKG: RS a 130 lpm, patrón S1Q3T3, RR V1. Escala de Wells: 7 puntos (alta probabilidad de TEP).

Enfoque individual: se le administra 1º dosis de HBPM en CS y se deriva a SUH para confirmación diagnóstica. SUH: TAC Tórax con contraste IV: tromboembolismo pulmonar bilateral muy significativo con sobrecarga de cavidades derechas e infartos pulmonares.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte familiar.

Juicio clínico: TEP bilateral y TVP MII en paciente con factores de riesgo (tabaquismo, tomadora de ACO, vacunación COVID-19).

Diagnóstico diferencial: pericarditis aguda, neumonía condensante.

Identificación de problemas: obesidad, tabaquismo, tomadora de ACO, vacunación COVID-19.

Tratamiento, planes de actuación: ingresa en Medicina Interna donde, se realizó Doppler Venoso de MMII: TVP aguda en las venas femoral superficial y poplítea del MII. Se IC con Hematología quien pauta anticoagulación con Acenocumarol. Seguimiento por ambos servicios al alta para estudio de trombofilia a posteriori.

Evolución

La paciente se mantiene con niveles de acenocumarol en rango. La disnea ha cedido y persiste leve dolor torácico de tipo pleurítico.

Conclusiones

Se puede afirmar que el TEP es una urgencia cardiovascular relativamente frecuente y potencialmente reversible en el cuál es importante la correcta historia clínica, la toma precoz de decisiones, la búsqueda activa de TVP o escalas de valoración de riesgo de TEP, que en este caso habría permitido posiblemente un diagnóstico precoz del cuadro.

Palabras Clave

Pulmonary Embolism, Venous Thromboembolism, Clinical Prediction Rule.

ÁREA: RESPIRATORIO

Un bacilo en un paciente inusual

Fernández Mercado F¹, Sánchez Bonilla E¹, Cueto Camarero M²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

² Médico de Familia. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Paciente de 28 años que acude a consulta por expectoración hemoptoica. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. No fumadora, no tiene otros hábitos tóxicos. Actualmente trabaja como trabajadora social en Tánger en contacto estrecho diario con población inmigrante. Fue vista por su Médico de Familia la semana anterior por un cuadro de malestar general, mialgias y febrícula que trató con antipiréticos.

Historia clínica

Se pide RX tórax, Mantoux y analítica.

EXPLORACIÓN: BEG, no impresiona de enfermedad, buena coloración de piel y mucosas, Sat. O₂: 98% FC 84 lpm. No focalizad NRL, no adenopatías cervicales, no se palpa bocio. ACR: rítmico sin soplos, hipoventilación en base derecha y crepitantes finos.

Pruebas complementarias: analítica: leucocitosis 5110, neutrófilos 40%, linfocitos 30% HTO 41,8, VCM; 8, VSG 22, PCR: 2. Mantoux: 20 mm a las 72 h. RX tórax: nódulo en LSD con agrupamiento broncovascular para cardíaco derecho.

SE deriva a la paciente al hospital donde se completa el estudio con: TAC: LSD con opacidades centrolobulillares e imágenes en "árbol en brote". Baciloscopia: positiva 1-15 baar/10 campos.

Enfoque individual: ante esta paciente joven sin antecedentes de interés y en contacto estrecho con población inmigrante, encontrándose la paciente en zona de transformación social y en contacto con pacientes en riesgo de exclusión

social, debemos plantearnos patologías no tan prevalentes en AP y no propias de nuestro medio.

Enfoque familiar y comunitario: una vez que se confirma la patología se debe crear una alerta sanitaria sobre el núcleo familiar y sobre todos los contactos estrechos para descartar propagación de una enfermedad difícil de ver en nuestro medio.

Juicio clínico: tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: FOD. Cáncer de pulmón. Neumonía. Sarcoidosis. Aspergiloma, histoplasmosis. Absceso pulmonar, nocardiosis. Vasculitis. Linfoma.

Tratamiento, planes de actuación: isoniacida+ rifampicina+ pirazinamida+ etambutol 2 meses
isoniacida+ rifampicina: 4 meses.

Evolución

Aislamiento respiratorio y estudio de contactos estrechos. Durante el aislamiento la paciente respondió bien al tratamiento antibiótico. Los criterios para finalizar el aislamiento respiratorio son: dos baciloscopias de esputo de dos días distintos negativas. Una baciloscopia de esputo (por inducción), fibrobroncoscopia o tubo endotraqueal) negativa. Dios cultivos negativos en un intervalo de un mes en paciente con TBC multirresistente.

Conclusiones

La TBC es una enfermedad que siempre hay que tener presente en AP, aunque sea poco prevalente en nuestro medio.

Palabras Clave

Tuberculosis, Baciloscopia, Hemoptisis.

ÁREA: RESPIRATORIO

El tabaco: otra vez el enemigo

León Salas Bujalance L¹, Pérez Soto E², Batista Cruzado J³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

³ Médico de Familia. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias.

Motivos de consulta

Disnea. Hemoptisis. Dolor pleurítico.

Historia clínica

Consulta en Urgencias de su CS, por presentar disnea progresiva desde hace 5 días hasta hacerse a mínimos esfuerzos. Además, refiere esputos hemoptoicos y dolor tipo pleurítico desde hace dos días.

Se trata de una mujer fumadora, en estudio por su médico a quien consultó tres semanas antes por un aumento de tos no productiva, con autoescucha de sibilantes. Afebril. Sin disnea en ese momento. Había presentado episodios similares, el último hacía 2 años. En todos ellos, resolución del cuadro con tratamiento sintomático y azitromicina. Ante la no mejoría tras una semana de tratamiento, se solicitó radiografía de tórax, donde se observaba un engrosamiento del hilio derecho que parecía visualizarse en radiografías previas, con un patrón intersticial ipsilateral a nivel de campo medio y bajo, de nueva aparición. En ese momento, se interconsulta con Neumología. A su llegada la consulta de Urgencias de su CS, la paciente presenta REG, taquipnea 30 rpm, FC 105 lpm, Sat. O₂ del 93% sin aportes, fiebre 38°C. ACR: hipoventilación generalizada, más evidente en base pulmonar derecha, con sibilantes dispersos.

Enfoque individual: fumadora de un paquete/día desde hace 20 años: IPA de 33 paquete/año. Consumidora de alcohol ocasionalmente. Bronquitis de repetición.

Enfoque familiar y comunitario: ninguno.

Juicio clínico: disnea. Derrame Pulmonar. Carcinoma Microcítico de Pulmón. Pleuritis Tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: neumonía, tromboembolismo pulmonar, patología cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva.

Tratamiento, planes de actuación: se inician medidas de oxigenoterapia y tratamiento broncodilatador, con escasa mejoría. Finalmente, se traslada al hospital de referencia. A su llegada al hospital, se realiza: analítica: neutrofilia relativa, Hb 12,7 y PCR de 25,3. Radiografía tórax: derrame pleural derecho hasta campos medios. Toracocentesis: líquido compatible con exudado en el que se detecta ADN de M. tuberculosis.

Evolución

La paciente es ingresada en Neumología donde se realizó TC y broncoscopia, diagnosticándose de carcinoma de células pequeñas y pleuritis tuberculosa.

Conclusiones

El tabaco es el principal factor de riesgo para carcinoma pulmonar. La principal causa de hemoptisis es la infección de vías respiratorias bajas. La radiografía de tórax es la prueba complementaria de mayor utilidad.

Palabras Clave

Disnea, Hemoptisis, Carcinoma Pulmonar, Tuberculosis.

ÁREA: RESPIRATORIO

Asma bronquial persistente grave de difícil control a pesar de tratamiento de v escalón

Moreno Cruz M, Tena López J

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria; Servicio de Urgencias; consultas de Neumología.

Motivos de consulta

Disnea, tos seca, sibilancias.

Historia clínica

Antecedentes personales: IMC 26. HTA. Fumadora con consumo acumulado 6 paquetes-año. Poliposis nasosinusal. No RGE. No convive con animales. Niega TBC o Neumonía previas.

Enfoque individual. Anamnesis: mujer de 69 años acude a consulta de Atención Primaria por mal control del asma, diagnosticada hace 9 años. Refiere a diario tos con expectoración amarillenta, disnea a los esfuerzos, sibilancias diarias. Refiere síntomas nocturnos frecuentes, y afectación de la calidad de vida. Ha acudido en 7 ocasiones en los últimos 7 meses a urgencias, realizando tratamiento con corticoides vías parenteral y posteriormente vía oral. Actualmente sigue tratamiento con bromuro de tiotropio (18 ug 1 inh/24 h); beclometasona dipropionato + formoterol (200/6 mg 2 inhalaciones/8 h); y Montelukast (10 mg/24 h media hora antes de la cena).

Exploración: bien hidratada y perfundida. Eupneica. Afebril. ACR: corazón rítmico sin soplos ni rones, a buena frecuencia. Murmullo vesicular conservado bilateralmente con sibilancias teleespiratorias.

Pruebas complementarias: RX tórax: no signos de condensación ni derrame. Espudo: eosinofilia. Cultivo negativo. Analítica: eosinofilia. Alfa-1-antitripsina, IgE y screening de neuroalérgenos normales. Prick test: negativo para todos los neuroalérgenos testados. Espirometría pre y

pos-broncodilatador: CVF 2440 cc (115, 24%) ... 2440 cc (115, 24%); FEVI: 1490 cc (85; 46%) ... 1640 cc (94, 24%) (+10%). FEVI/FCV 66.16...67.04. TC de tórax con contraste: sin alteraciones. Fibrobroncoscopia: exploración normal. Cultivo BAS: negativo. Citología BAS negativa para células neoplásicas.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: asma bronquial eosinofílico de inicio tardío de comportamiento persistente, con escaso control actual de los síntomas.

Diagnóstico diferencial: reflujo gastroesofágico, proceso infeccioso, neoplásico, intersticial.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a atención especializada, donde añaden mepolizumab a su tratamiento. Incluimos a la paciente en el programa de deshabitación tabáquica de nuestro centro de AP. Proponemos a la paciente medidas dietéticas para bajar de peso. Realizamos educación sanitaria mediante la revisión periódica de la técnica de uso de los inhaladores.

Evolución

La paciente disminuye el número de exacerbaciones, disminuyen síntomas nocturnos y diurnos, aumenta su calidad de vida.

Conclusiones

En pacientes asmáticos no controlados, a pesar de altas dosis de corticoides y broncodilatadores, se recomienda manejo conjunto con Neumología, y valorar otros tratamientos como mepolizumab.

Palabras Clave

Asma, Tos, Ruidos Respiratorios.

ÁREA: RESPIRATORIO

Diagnóstico "incidental" de nódulo pulmonar

Reyes Álvarez M¹, Luque de Haro E², Hita Rodríguez M¹

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Antonio. Motril (Granada)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana. Motril (Granada)

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Nerviosismo.

Historia clínica

Varón de 77 años con los antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial y neoplasia vesical intervenida; acudió a consulta de Atención Primaria, "traído" por su esposa, presentando de forma brusca nerviosismo y movimientos continuos en ambos miembros inferiores al despertarse. Negaba otra clínica asociada, consumo de tóxico ni cambios recientes en su tratamiento.

A la exploración física, se encontraba inicialmente orientado, pero presentó de forma brusca desorientación en tiempo y espacio con discurso verborreico e incoherente. Movimientos continuos, de gran amplitud, de predominio en miembros inferiores, no compatibles con mioclonías ni fasciculaciones.

Se derivó a Urgencias Hospitalarias para continuar estudio. Analíticamente, presentaba PCR 250 mg/l, procalcitonina 0,08 ng/ml, leucocitos 16.200/mm³, resto normal. Se realizó radiografía de tórax con el hallazgo casual de nódulo en lóbulo superior derecho; TC de cráneo y punción lumbar sin hallazgos.

Enfoque individual: independiente, sin deterioro cognitivo.

Enfoque familiar y comunitario: padre de dos hijas, vive con su esposa, adecuado soporte familiar.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome confusional agudo de causa no clara.

Diagnóstico diferencial: encefalitis infecciosa, cáncer de pulmón, granuloma infeccioso. Consideramos de vital importancia, la información aportada por su esposa y el papel del Médico de Familia que conoce a cada uno de sus pacientes, para poder objetivar el empeoramiento brusco de nuestro paciente.

Tratamiento, planes de actuación: se cursó ingreso a cargo del Servicio de Medicina Interna para completar estudio.

Evolución

Durante su ingreso, se solicitó TACAR de tórax que mostraba hallazgos de neoformación pulmonar en lóbulo superior derecho con contacto de pleura visceral (T1bNo mo, Estadio IA2). Se realizó broncoscopia con biopsia y cepillado citológico confirmándose el diagnóstico de Cáncer de Pulmón. Pendiente de valoración en Consultas de Neumología para iniciar tratamiento.

Conclusiones

Más que por su excepcionalidad como entidad clínica, presentamos este caso por su trascendencia en la práctica clínica diaria y su anecdótica presentación, intentando recalcar el papel del Médico de Familia ya que es de vital importancia la realización de una adecuada anamnesis junto con una exploración física minuciosa para así, establecer una correcta sospecha diagnóstica y modificar el curso natural de la enfermedad para mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

Palabras Clave

Psychomotor Agitation, Solitary Pulmonary Nodule, Radiography.

ÁREA: RESPIRATORIO

Consecuencias del tabaco

Martínez Lagares T¹, Ortiz Frías J², Pérez Fuentes M¹

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linarejos. Jaén

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bailén. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Disnea, pérdida ponderal de 10 kg y malestar general de 2 meses de evolución. Primera consulta por este motivo.

Enfoque individual: varón de 61 años. No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Fumador de más de 40 cigarrillos diarios desde la juventud. Faringe normal. No presenta adenopatías palpables. Auscultación cardiorrespiratoria con murmullo vesicular disminuido en 2/3 de hemitórax derecho. Saturación de oxígeno 93%. TA 124/95 mmHg. FC: 76 lpm. Se realiza analítica con 11300 leucocitos (80%N-12%L), fibrinógeno 1056, Dímero D 998, resto de parámetros normales. En la radiografía de tórax se evidencia derrame pleural derecho que alcanza, al menos, 2/3 de dicho hemitórax, desplazando las estructuras mediastínicas hacia el lado contralateral.

Enfoque familiar y comunitario: IABVD. Vive con su marido y sus dos hijos. Trabaja como ama de casa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: derrame pleural derecho en paciente fumador asociado a

síndrome constitucional. Quilotórax, neoplasia pulmonar, derrame pleural. Es imprescindible la realización de una radiografía de tórax ante una alteración de la ventilación pulmonar para realizar un diagnóstico de presunción temprano.

Tratamiento, planes de actuación: se derivó a urgencias hospitalarias donde se le realizó toracocentesis diagnóstica-terapéutica y TC toraco-abdominal. Se cursó ingreso en Medicina Interna para completar estudio.

Evolución

El líquido pleural fue compatible con quilotórax. No se evidenció masa en parénquima pulmonar. El paciente ha sido dado de alta, eupneico, hemodinámicamente estable, afebril, con tórax hipoexpansible y con murmullo vesicular disminuido en 1/3 del hemitórax derecho. Permanece en estudio para descartar proceso neofornativo bronquial.

Conclusiones

La auscultación cardiorrespiratoria junto a una minuciosa historia clínica permitió identificar un caso que requirió derivación a Servicio de Urgencias para estudio mediante pruebas de imagen. El CS, al estar dotado de equipo de radiodiagnóstico, pudo confirmar la sospecha inicial de derrame pleural.

Palabras Clave

Quilotórax, Neoplasia, Derrame Pleural.

ÁREA: SALUD MENTAL

“Doctor, no estoy de acuerdo con el diagnóstico del neurólogo, necesito más pruebas”

Mentado Sosa B¹, Del Valle Vázquez L², García Reinoso S³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Campo de las Beatas. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Cefalea.

Historia clínica

Mujer de 47 años como antecedentes de interés presenta: no FRCV, antecedentes sincopales de repetición, antecedentes de migraña y episodios de crisis de ansiedad.

Acude a nuestra consulta por cefalea hemisférica izquierda de aparición brusca, con disminución de fuerza en miembro superior izquierdo, inestabilidad de la marcha, acúfenos y náuseas. Sonofobia sin fotofobia. Ha tenido migrañas, pero el dolor actual no cede con analgesia. A lo largo del día nota que tarda en expresar cosas.

Enfoque individual: en la exploración física presenta buen estado general, normohidratada, normocoloreada, consciente y orientada. Afebril, eupneica en reposo. TA: 100/62. Exploración neurológica: pINRLA, MOEC y pares craneales normales. Dedo-nariz dudoso en mano izquierda. Fuerza 4/5 brazo izq. Sensibilidad conservada. Marcha ampliando base de sustentación. ROT simétricos.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: cefalea de componente migrañoso. Como diagnóstico

diferencial planteamos: cefalea tensional, cefalea migrañosa, patología ictal, componente psicógeno asociado.

Tratamiento, planes de actuación: diazepam, flunarizina, paracetamol, fluoxetina. Se deriva a centro hospitalario para realización de pruebas complementarias que descarten patología aguda en el momento actual.

Evolución

En el hospital la paciente ingresa en neurología presentando la misma sintomatología que cuando acude a nuestras consultas, además de episodios de amnesia transitoria. Se realizan dos TAC de cráneo sin contraste en donde no se objetivó patología aguda. Además, se completa estudio con analíticas valorando serologías junto con RMN de cráneo y columna cervical para descartar lesiones inflamatorias o desmielinizantes que también resultó sin alteraciones significativas. Finalmente se realiza interconsulta a psiquiatría para valorar componente psicógeno, sospechando como principal diagnóstico un síndrome conversivo.

Conclusiones

Una buena relación médico-paciente desde nuestras consultas puede hacer más sencilla la identificación de causas no orgánicas de algunas patologías como por ejemplo la cefalea.

Palabras Clave

Headache, Paresis, Mental Disorders.

ÁREA: SALUD MENTAL

¿Aún no hay un diagnóstico claro?

García Santos G¹, abad Naranjo A², Castro Vargas J³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque Sur. San Roque (Cádiz)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ronda-Norte. Ronda (Málaga)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias Málaga Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Empeoramiento cuadro depresivo.

Historia clínica

Paciente de 40 años con antecedentes de trastorno bipolar tipo I y trastorno límite de la personalidad sin tratamiento desde hace varios años por mejoría de clínica que acude a su médico de familia por empeoramiento de su cuadro de depresivo las últimas semanas. La familia refiere que la paciente se encuentra cada vez más triste, con falta de motivación e iniciativa importante, con tiempo de latencia de respuesta alargado. El primer episodio de estas características comenzó después de tener su primer hijo ocasionándole una depresión postparto.

Enfoque individual. Exploración: consciente, orientada, eutímica, no presenta alteraciones de rango psicótico, disfruta solo con las actividades que le gustan, sonriente en todo momento y responde de forma concisa a las preguntas.

Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Exploración neurológica: Glasgow 15/15. No alteración de pares craneales. Romberg negativo. No disimetría. No disidiadococinesia. Constantes: TA 120/85, Sat: 98%, FC: 85 lpm

Pruebas complementarias: analítica: hemograma, bioquímica, coagulación, drogas de abuso, tiroides y metabolopatías dentro de los rangos de normalidad. TAC craneal: sin hallazgos patológicos de interés. RNM craneal: leucodistrofia con hipomielinización generalizada y afectación de sustancia blanca

subcortical de hemisferios cerebrales con adelgazamiento de cuerpo calloso y atrofia de vermis cerebeloso, núcleos lenticulares y caudados.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: leucoencefalopatía de etiología no aclarada. Depresión postparto. Leucoencefalopatía, T. Bipolar, T. Límite de la personalidad.

Tratamiento: tratamiento basado en ansiolíticos y antidepresivos en el momento actual.

El plan de actuación es continuar con el estudio y tratamiento sintomático.

Evolución

La paciente continúa aún sin un diagnóstico claro siendo estudiada en el servicio de neurología, aunque continúa con seguimiento en psiquiatría.

Conclusiones

La hipomielinización con atrofia de los ganglios basales y cerebelo es un trastorno poco frecuente caracterizado por espasticidad progresiva, trastornos extrapiramidales, ataxia cerebelosa, déficit cognitivo de moderado a grave, y disartria. La depresión postparto se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. En este caso es fundamental un trabajo en equipo con una buena anamnesis tanto del médico de familia como del resto de especialistas para poder llegar al diagnóstico.

Palabras Clave

Depresión Postparto, Leucoencefalopatía, Trastorno Bipolar.

ÁREA: SALUD MENTAL

Disfagia

Meseguer Gómez M¹, Abaurre Delgado A², López García A³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. CS Coria del Rio. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Espartinas. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Disfagia.

Historia clínica

Mujer de 23 años que consulta por atragantamiento con los sólidos con sensación de cuerpo extraño esofágico tras lo que tiene que deglutir la comida. La disfagia ha ido progresando hasta tolerar únicamente líquidos, con pérdida de peso asociada (15 kg aprox.).

Hemodinámicamente estable con abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias y sin puntos dolorosos. Eupneica y Afebril. Exploración ORL que descarta componente obstructivo en región faríngea.

Enfoque individual: sin alergias medicamentosas conocidas con AP de atopia.

Enfoque familiar y comunitario: independiente para ABVD. Padres en proceso de separación.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: disfagia sin evidencia de causa orofaríngea; a descartar causa digestiva o central.

Tratamiento, planes de actuación: se evidencian datos de desnutrición en la paciente, por lo que se le prescribe Batidos Proteicos para domicilio, ampliándose estudio: analítica con hemograma, coagulación, bioquímicas normales. Autoinmunidad, proteinograma y serologías negativas (a excepción de Paul-Bunnell que

resulta positivo). Gastroscofia normal con focos de esofagitis leve inespecífica, descartándose AP criterios histológicos de esofagitis eosinofílica. Ecografía abdominal con hallazgos de esteatosis hepática y barro biliar. Tránsito baritado con estudio dentro de la normalidad. TAC Tórax-Abdomen con contraste sin hallazgos patológicos. RMN craneal con estudio dentro de la normalidad. Manometría: no concluyente por falta de colaborativa por parte de la paciente.

Evolución

Ante normalidad de pruebas descritas, descartándose origen de la disfagia a nivel digestivo o central. Se decide: repetir Manometría, insistiendo a la paciente de su colaboración. Descartándose si fuese normal, acalasia como motivante del cuadro. Valoración por Salud Mental de Zona, para descartar bolo funcional, posiblemente motivado por situación de ansiedad debida a separación de progenitores. Valoración por Endocrino de referencia por necesidad de seguimiento nutricional.

Conclusiones

Existen dos orígenes principales de la disfagia que son el orofaríngeo y el esofágico. Se debe descartar según rango de edad las neoplasias, la acalasia y algunas patologías motoras que pueden producir este síntoma. Los signos de alarma como la pérdida de peso significativa o la disfagia progresiva de sólidos a líquidos nos deben servir para hacer un diagnóstico diferencial con la neoplasia de esófago.

Palabras Clave

Pérdida de Peso, Trastornos de Deglución, Ansiedad.

ÁREA: SALUD MENTAL

"Doctora, tengo pérdida de memoria". A propósito de un caso

Torres Palma P¹, Nieto Martos M¹, Pedrosa García C²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

² Médica de Familia Adjunta. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Pérdida de memoria.

Historia clínica

Paciente de 74 años que acude a consulta de Atención Primaria por deseo de valoración por pérdidas recurrentes de memoria.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hiperuricemia, Neuropatía compresiva del interóseo anterior

Anamnesis: paciente de 74 años que acude a nuestra consulta angustiado por referir episodios de pérdida de memoria constantes y deseo de valoración por Neurología. Durante la consulta hacemos hincapié en la entrevista clínica desmenuzando el problema y abordando al paciente de forma integral, contándonos que a raíz de un problema financiero hace 12 años nos refiere sensación de miedo continuo, sospechas infundadas y obsesivas de sentirse observado continuamente y pensamientos de que la gente habla mal de él a sus espaldas, interfiriendo de forma importante en la vida del paciente. Le realizamos el test de Lobo dando un resultado de 31 puntos, descartando así proceso de demencia y dándonos cuenta del proceso psicótico del paciente.

Exploración: abordable en las tres esferas, lenguaje coherente.

Pruebas complementarias: minimal cognitivo o MEC (de Lobo et al, 1979). Analítica sanguínea no se observa proceso anémico, infeccioso ni déficit de vitamina B12 ni folatos. Perfil tiroideo normal.

Enfoque familiar y comunitario: vive con su mujer. Sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico: psicosis paranoide.

Diagnóstico diferencial: demencia, trastorno depresivo mayor, delirium.

Tratamiento, planes de actuación: tras la valoración del paciente se procedió a derivación a Salud Mental. Tratamiento: aripiprazol 5 mg cada 24 horas.

Evolución

El paciente tras valoración por Salud Mental y tratamiento presenta una mejoría del cuadro, expresándonos su gratitud en nuestras sucesivas revisiones posteriores y mejorando la relación médico-paciente.

Conclusiones

A través de este caso clínico se quiere realzar la importancia de la entrevista clínica, la optimización de la comunicación interpersonal médico-paciente, lo que conduce a una mejora en la atención en salud, incluidos el diagnóstico y el tratamiento.

Palabras Clave

Trastornos Psicóticos, Demencia, Trastornos Paranoide.

ÁREA: SALUD MENTAL

Dolor abdominal ¿derivo a digestivo?

Aulad-Brahim Izquierdo S

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Martos. Jaén

Ámbito del caso

Atención Primaria y Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

NAMC. Antecedentes personales de alergia estacional, dispepsia y alopecia en estudio.

Enfoque individual: paciente de 21 años que acude al CS por dolor abdominal de 2 semanas de evolución asociado a náuseas sin vómitos y sin alteraciones del hábito deposicional. No pérdida de peso ni de apetito. No otros síntomas acompañantes.

A la exploración presenta buen estado general. Abdomen blando y depresible con masa en epigastrio de consistencia dura y ligeramente dolorosa a la palpación. No defensa ni peritonismo. RHA presentes. Se realiza ecografía abdominal en consulta visualizando masa hiperecogénica en epigastrio de aspecto quístico, avascular de 10x10cm aproximadamente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: masa abdominal a estudio.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a urgencias hospitalarias.

Evolución

Durante su estancia en urgencias del hospital se le realiza radiografía de abdomen con imagen en

epigastrio patológica. Se completa estudio con TAC abdominal sin contraste visualizando dilatación gástrica con masa de 12x5.1 cm compatible con un bezoar. Se interroga a la paciente por ingesta de material inorgánico que en un principio niega, pero que posteriormente asume relatando que en épocas de estrés se arranca el pelo y se lo come. Se realiza gastroscopia visualizando "gran tricobezoar" que no se consigue extraer. Se comenta con Cirugía General para intervención que la paciente rechaza. Dada la estabilidad clínica de la paciente se procede al alta. La paciente reacude a urgencias 2 años después por el mismo dolor abdominal. Se repite TAC abdominal observando tricobezoar con un tamaño de 10x9.5cm. Durante la anamnesis la paciente reconoce ingesta de pelo. Tras nueva valoración por cirugía se postpone intervención hasta resolución de tricotilomanía y tricofagia. En Atención Primaria se le deriva a Salud Mental y se inicia tratamiento con fluoxetina y con oxcarbazepina.

Conclusiones

En numerosas ocasiones problemas de salud de los pacientes permanecen ocultos bajo falsos motivos de consulta (en este caso una alopecia que resultó ser una tricotilomanía no diagnosticada y que acabó con problemas digestivos). Todo ello nos induce a pensar en la importancia de la anamnesis y de la evaluación psicosocial de los pacientes.

Palabras Clave

Bezoars, Trichotillomania, Stress.

ÁREA: URGENCIAS

Infarto ¿sí o no?

Mundt Fernández I¹, Martínez del Río M², Borrego García A¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Nuevo Hospital La Línea de La Concepción. Cádiz

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Nuevo Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Cr 0.67, urea 32, CK 232, ionograma normal. Troponinas 2684.7

Motivos de consulta

Dolor torácico.

Se envía a la paciente a Hemodinámica: ventriculografía: vi con aquinesia anteroapical y diafragmática e hiperquinesia compensatoria de segmentos basales. Función sistólica moderada-severamente deprimida. Presión telediastólica elevada. Coronariografía: TCI largo sin lesiones. DA: irregularidades no significativas en primera diagonal, resto de vasos sin lesiones. Circunfleja: dominante, de gran calibre sin lesiones. CD: escaso desarrollo, sin lesiones. Conclusiones: arterias coronarias epicárdicas sin lesiones angiográficas significativas. FEVI moderada-severamente deprimida con alteraciones segmentarias compatibles con Tako-Tsubo.

Historia clínica

Mujer de 73 años que acude al SHU refiriendo dolor centrotorácico de tipo opresivo irradiado a espalda de 4 horas de evolución que comenzó en reposo, sin cortejo vegetativo acompañante. No tos, no disnea. En el momento que consulta persistencia del dolor y sudoración.

Enfoque individual: no RAMC.

Enfoque familiar y comunitario: interrogando a la paciente después del episodio nos refiere estar pasando mal momento familiar, su hijo está en tratamiento oncológico.

Antecedentes personales: FRCV: HTA, DLP, NO DM, sobrepeso, infarto lacunar. Hernia de hiato, colestiasis, hipotiroidismo. IQ: miomectomía, timpanoplastia, fistula sacrococcígea. Tratamiento habitual: AAS 100 mg, simvastatina 20 mg, levotiroxina 25 mcg, enalapril 20 mg/HCTZ 12,5 mg.

Diagnóstico diferencial: DXDF: SCACEST, ansiedad, Tako-Tsubo.

Exploración: REG, COC, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo, hemodinámicamente estable (FC 66 lpm, TA 110/70). AC: ruidos rítmicos a 65 lpm sin soplos audibles. AP: buena entrada de aire bilateral, MVC, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de peritonismo. Blumberg -, Rosving -, Murphy -. PPRB -. Extremidades: pulsos presentes y simétricos, ligeros edemas sin fóvea, no signos de TVP. No focalidad neurológica. Resto de la exploración anodina. ECG: ruidos rítmicos a 77 lpm, complejos QRS estrechos de bajo voltaje, elevación de ST en AVL, ondas Q patológicas presentes de V3-V6.

Juicio clínico: Tako-Tsubo.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en planta de Medicina Interna para ajuste de tratamiento, observación y nueva valoración ecocardiográfica a las 48 h.

Evolución

Buena evolución clínica.

Conclusiones

No todo dolor torácico con elevación de ST es un IAM.

Analítica: hemograma: hb 13,5 g/dl, Leucocitos 12430 con fórmula normal, plaquetas 208000. Coagulación normal. Bioquímica: gluc 91 mg/dl,

Palabras Clave

Takotsubo, Acute Coronary Syndrome, Chest Pain.

ÁREA: URGENCIAS

¡Hace 3 días que veo doble, doctora!

Martínez del Río M, Borrego García A, Mundt Fernández I

MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Nuevo Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz

Ámbito del caso

Servicios de Urgencias.

Motivos de consulta

Diplopía binocular y ptosis palpebral del ojo izquierdo.

Historia clínica

Varón de 66 años que acude refiriendo visión doble y caída progresiva del parpado izquierdo de 3-4 días de evolución que empeora al levantarse por las mañanas.

Enfoque individual: no RAMC. Fumador de 2-3 paq/día. Bebedor Moderado habitual.

Antecedentes personales: carcinoma microcítico de pulmón con enfermedad extendida sin tratamiento oncológico activo, en seguimiento por cuidados paliativos. HTA. DMII. DLP. IQ: herniorrafia umbilical (x2).

Exploración: paciente que acude en silla de ruedas a consulta. BEG.BC, BP, BH. Eupneico en reposo. ACP: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos añadidos. ABD: blando y globuloso con hernia gigante infraumbilical, reductible, no dolor a la palpación profunda, no signos de irritación peritoneal. Neuro: consciente, orientado en tiempo y espacio. No signos meníngeos. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz, ptosis palpebral en ojo izquierdo con resto de pares craneales conservados. A la oclusión individual alternante de cada uno de los ojos paciente refiere mejoría del cuadro de visión doble. MIIS: ligeros edemas pretibiales.

TAC craneal con contraste: presencia de al menos 7 lesiones focales de nueva a aparición, con

captación variable del contraste yodado y sin edema perilesional llamativo, pudiendo corresponder a metástasis meníngeas. Pudiendo estar justificada la clínica por una lesión de 11.5x9.8 mm en vertiente izquierda de mesencéfalo/protuberancia.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte familiar, el paciente acude acompañado en todo momento, y en seguimiento actual por CCPP.

Diagnóstico diferencial: metástasis de carcinoma microcítico. Tumor de Pancoast con posible Síndrome de Claude-Bernard-Horner. ictus. Lesiones carotídeas. Enfermedad de Lyme.

Juicio clínico: metástasis meníngeas.

Tratamiento, planes de actuación: IC con cuidados paliativos. Dexametasona 4 MG 1 comprimido al día.

Evolución

Ajuste de tratamiento paliativo del paciente buscando disminuir la sintomatología y proporcionarle el máximo bienestar posible

Conclusiones

La capacidad de diseminación de las metástasis pulmonares, su presentación clínica y su agresividad pueden ser totalmente variables y debe ser una de nuestras principales sospechas en el diagnóstico diferencial ante una sintomatología de rápida instauración en pacientes con problemas oncológicos conocidos de base.

Palabras Clave

Small Cell Carcinoma, Neoplasm Metástasis, Diplopía Cortical.

ÁREA: URGENCIAS

Cuando la angina de Prinzmetal va más allá

Morero Guerra J

MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Servicio Urgencia.

Motivos de consulta

Dolor centrotorácico opresivo.

Historia clínica

Varón, 57 años.

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas. Fumador 20 cig/día. HTA, dislipemia, niega diabetes. Fenómeno de Raynaud. Episodio presincope de perfil neuromediado. Tratamiento médico: amlodipino 5 mg/24 h, atorvastatina 40 mg/24 h.

Acude a urgencias por cuadro de dolor centro torácico opresivo irradiado a mandíbula mientras estaba en reposo. Sin cortejo vegetativo acompañante. Valorado en domicilio por DCCU, administra cafinitrina cediendo el dolor. Llegando al hospital asintomático.

Enfoque individual: estabilidad hemodinámica: TA 145/97. FC 54 lpm. Sat. O₂: 98% basal.

Se realiza: EKG: bradicardia sinusal a 50 lpm, eje normal, no alteraciones de la repolarización ni imagen de bloqueo. Analítica con hemograma, bioquímica e iones dentro de la normalidad. 1º Troponina T: 8.2 ng/l. 2º Troponina t: 41.3 ng/l. Durante su estancia en urgencias el paciente comienza con nuevo episodio de dolor centro torácico opresivo, hormigueo en ambas manos, sudoración profusa, palidez generalizada. Inestabilidad hemodinámica, TA: 60/40. Se realiza EKG: bradicardia 40 lpm, ascenso del ST >2 mm en todas las derivaciones salvo en AVL donde se observa imagen de descenso especular y AVR sin alteraciones. Se administran 1000 ml suero fisiológico y 1 ampolla fentanilo. Se

monitoriza al paciente, en 10 minutos cede el dolor torácico, recupera estabilidad clínica. Nuevo EKG: ritmo sinusal a unos 60 lpm, sin alteraciones de la repolarización ni bloqueos. 3º Troponina T: 25.2 ng/l. 4º Troponina T: 27.3 ng/l. 5º Troponina T: 24.7 ng/L. El paciente permanece asintomático durante las siguientes 24 h en el área de observación tras lo que ingresa en planta a cargo de cardiología.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares relevantes.

Juicio clínico: angina vasoespástica.

Diagnóstico diferencial: síndrome coronario agudo.

Tratamiento, planes de actuación: uniket retard 50 mg (1-0-0). Diltiazem 60 mg (0.5 -0.5- 0.5). Amlodipino 5 mg (1-0-1). Atorvastatina 40 (0-0-1).

Evolución

Ingreso en Cardiología donde se realiza Ecocardiograma sin hallazgos patológicos, Ergometría: negativa. Analítica sanguínea sin hallazgos. Cateterismo coronario: vasos coronarios sin patología. El paciente se diagnostica de angor vasoespástico.

Conclusiones

Los cuadros de dolor torácico son un motivo muy frecuente de consultas en urgencias. La adecuada historia clínica y las características del episodio son claves para el correcto diagnóstico diferencial.

Palabras Clave

Angina Inestable, Angina Pectoris Variable, Cardiología.

ÁREA: URGENCIAS

"No todo dolor en fosa renal es un cólico nefrítico. La importancia de saber interpretar una prueba de imagen"

Vaquero Onrubia P¹, Villalba García A², Dantas Cayuela P³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arahal. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Sur de Sevilla (Sevilla)

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arahal. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en fosa ilíaca derecha irradiado a fosa renal de 4 días de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM, hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia, TEP bilateral 2017 y TVP izquierda, insuficiencia renal G3b, divertículos colónicos. IQ: apendicectomía, herniorrafia inguinal derecha. Situación basal: independiente ABVD.

Anamnesis: paciente de 88 años que consulta en CS por dolor en fosa ilíaca derecha con irradiación a fosa renal de 2 horas de evolución. Náuseas sin vómitos, no diarrea, no disuria. Empeora el dolor con movimientos. Niega episodios previos. Afebril.

Exploración abdominal sin peritonismo, dolor leve en FID con puño percusión dudosa derecha. Orina: 30 hematíes. Se orientó como cólico nefrítico no complicado, mejorando con analgesia. Tras 4 días reconsulta por persistencia del dolor en fosa ilíaca derecha acentuado al levantar un cubo de agua (notando chasquido abdominal), seguido de sudoración.

Enfoque individual: exploración Urgencias: BEG, COC, eupneico, afebril. TA 174/110 mmHg. Sat. O₂ 96%, FC 76 lpm. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso a palpación en fosa ilíaca derecha. Blumberg y Murphy negativos. Pulso inguinal izquierdo ausente. Puño percusión derecha dudosa.

Pruebas complementarias: orina: 30 hematíes. RX lumbar previa: aplastamientos vertebrales (L2-L4), y hallazgo casual de importante aneurisma aórtico calcificado no conocido. Ante ello y la no detección de pulso femoral se decidió derivar a Urgencias Hospitalarias para descartar rotura de aneurisma. AngioTAC: aneurisma aorta abdominal infrarrenal (8,5 cm) con sangrado activo y hematoma retroperitoneal en diferentes estadios, sugiriendo rotura parcial contenida. Analítica Urgencias: creatinina 1,58, PCR 53 (resto normal).

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, con rotura parcial contenida.

Diagnóstico diferencial: cólico renal, apendicitis, hernia inguinal complicada, isquemia mesentérica.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en Cirugía Vasculor, desestimándose intervención quirúrgica. Manejo conservador por la anatomía del aneurisma y pluripatología del paciente.

Evolución

Mal pronóstico a corto plazo.

Conclusiones

El médico de familia debe estar alerta ante la evolución desfavorable de una patología, siendo capaz de detectar signos de alarma, saber cuándo derivar a atención hospitalaria, sin olvidar el amplio diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

Palabras Clave

Aneurisma Aorta, Rotura Aneurisma Aorta, Aneurisma Contenido.

ÁREA: URGENCIAS

Trabajando a contrarreloj con el diagnóstico diferencial de dolor torácico en el servicio de urgencias

Fauria Bayo E¹, Sáenz Herrainz J²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Palamós. Girona

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Cap Palafrugell. Consultorio BEGur. Girona

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor torácico. Disnea.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias. Fumador 1 paquete al día. Alcoholismo. Hipertenso. Tratamiento: lisinopril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg y amlodipino 10 mg 1 comprimido al día.

Enfoque individual. Anamnesis: paciente de 49 años que consulta por dolor torácico irradiado a brazo izquierdo y a mandíbula con disnea intensa súbita y con mareo y sudoración fría acompañante de 2-3 horas de evolución, iniciado de forma gradual mientras levantaba pesas.

Exploración: TA 192/104 mmHg, FC: 86 bpm, afebril. Diaforético. Cardíaco: auscultación rítmica, sin soplos ni rones. No edemas EEII. Pulsos periféricos simétricos. Respiratorio: murmullo vesicular conservado, con crepitantes bibasales. Resto anodina.

Pruebas complementarias: analítica de sangre: leucocitosis, DIMER-D: 9.45 mcg/ml; troponinas: 17.79 pg/ml. PCR para SARS-COV-2 negativa. Electrocardiograma: destacan "T" negativas a DII, DIII, AVF, V2-V6. RX tórax: cardiomegalia, infiltrados parenquimatosos bilaterales.

Enfoque familiar y comunitario: frecuentador de bares, alcoholismo social.

Juicio clínico: sospecha clínica de SCASEST. Poca concordancia clínico-analítica (troponinas negativas y dímero-D elevado). Se amplía el

estudio de disnea con dolor torácico mediante Angio-TAC.

Diagnóstico diferencial del dolor torácico: SCASEST, tromboembolismo pulmonar, patología aórtica, muscular...

Tratamiento, planes de actuación: se canaliza vía periférica y se inicia BPC Nitroglicerina + Morfina 2cc. TA posterior de 171/90 mmHg. En Angio-TAC se observa imagen compatible con aneurisma de aorta tipo A. Se inicia BPC de Atenolol y se deriva a Hospital terciario.

Evolución

En el cambio de camilla presenta disociación electromecánica por taponamiento pericárdico con derrame pericárdico severo que ocasiona colapso a cavidades derechas. Se realiza pericardiocentesis emergente con obtención de líquido hemático, debido a ruptura aórtica, así como sueroterapia intensiva, aminas, maniobras RCP y administración de 5 adrenalinas. Finalmente se decide limitar el esfuerzo terapéutico para considerarse nulas las opciones. Se declara éxitus y se informa a la familia.

Conclusiones

Urgencias es un ámbito en dónde se trabaja a contrarreloj, valorando así pacientes con patologías de alta complejidad en poco tiempo. Para ello, es importante una buena valoración inicial, así como un diagnóstico diferencial acotado y preciso para poder descartar aquella patología más grave y que de ella depende la vida de nuestro paciente.

Palabras Clave

Aneurysm, Dissecting, Aorta, Ascending, Chest Pain

ÁREA: URGENCIAS

Una lumbalgia cualquiera. La importancia de la ecografía en medicina de familia

Lema Martínez B¹, Feliu Serrano P², De Castro Santos E³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alfonso XIII. Melilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Polavieja. Melilla

³ Médico de Familia. CS Alfonso XIII. Melilla

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Dolor en hipocondrio izquierdo y lumbalgia.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, no tóxicos, hernia de hiato. Apendicectomía, ligadura de trompas. Padre con mieloma múltiple e insuficiencia renal crónica secundaria.

Enfoque individual: anamnesis: mujer de 47 años que consulta por dolor en hipocondrio izquierdo con irradiación a nivel escapular ipsilateral de 2 semanas de evolución refractario a tratamiento, atendida por el mismo motivo en tres días consecutivos en el mismo servicio con exploración y pruebas complementarias normales, siendo diagnosticada de dolor de características mecánicas. No refiere fiebre, antecedentes traumáticos ni de sobreesfuerzo ni otra clínica relevante.

Exploración física: dolor a la palpación en hipocondrio y últimos arcos costales izquierdos, así como, en apófisis espinosas dorso-lumbares y musculatura accesoria. Resto sin alteraciones.

Pruebas complementarias: analítica: LDH 467, Hb 9.3, HTC 29%, VCM 65. Resto normal. TAC contraste: bazo de tamaño normal con imagen hipodensa y morfología en cuña en región latero superior de 23x17 mm indicativa de infarto esplénico. Escaso líquido adyacente a ambos ovarios. Resto normal.

Enfoque familiar y comunitario: independiente ABVD. Casada. Nivel socio-económico medio.

Juicio clínico: infarto esplénico.

Diagnóstico diferencial: patología orgánica: afectación esplénica, gastritis, úlcera gástrica. Patología músculo – esquelética.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en medicina interna para estudio.

Evolución

Se realizan las pruebas necesarias para filiar la causa (RMN craneal y pélvica, holter, ecocardiograma, serología, ...) sin obtener hallazgos significativos excepto por amenización progresiva y leve leucopenia con frotis sanguíneos normales. No obstante, al decimotercer día, de forma brusca, se aprecian un 60% de formas blásticas en frotis con trombopenia en hemograma; siendo diagnosticada de Leucemia monoblástica aguda.

Conclusiones

Las lumbalgias y el dolor abdominal son motivos de consulta frecuentes, en donde, tanto por motivos de sobrecarga asistencial como por la falta de recursos es complicado llegar a un correcto diagnóstico etiológico. En este caso el uso de la ecografía en el servicio de urgencias hubiera evitado demora en el diagnóstico y consultas innecesarias. La ecografía en Atención Primaria y urgencias ha demostrado ser en los últimos años una herramienta útil, pudiendo ser empleada ante duda diagnóstica como primera técnica con la que se podría orientar el caso, evitando consultas reiteradas, y acelerando el proceso diagnóstico.

Palabras Clave

Ambulatory Care, Low Back Pain, Splenic Infarction.

ÁREA: URGENCIAS

Paciente que consulta por dolor en brazo

Vázquez Montiel M¹, Quero Fernández N¹, Tébar Vizcaíno A²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Marinas. Roquetas de Mar (Almería)

² UGC Ejido Norte. Almería

Ámbito del caso

Servicio de urgencias hospitalario.

Juicio clínico: sospecha de síndrome de Paget-Schroetter.

Motivos de consulta

Mujer de treinta y cuatro años, que acude por dolor e inflamación en el miembro superior derecho (MSD) atraumático desde hace dos días.

Diagnóstico diferencial: lesión traumática inadvertida, hombro doloroso, linfedema, tumor de Pancoast, celulitis, flebitis y trombosis venosa profunda.

Historia clínica

La paciente refiere dolor e inflamación que comenzó en el antebrazo derecho, extendiéndose hasta brazo. Lo describe como continuo, opresivo y sin relación con los movimientos ni otra clínica asociada. Previamente acudió a su MF, el cual le indicó tratamiento antiinflamatorio por sospecha de mialgia. Ante el incremento de los síntomas acudir a urgencias.

Identificación de problemas: al tratarse de una patología infrecuente, aunque grave, existe el riesgo de no sospecharla y por la tanto, no diagnosticarla.

En la anamnesis, destacaba que el día previo al inicio de los síntomas estuvo realizando levantamiento de pesas.

Tratamiento, planes de actuación: se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Al alta, se indica continuar con HBPM subcutánea hasta completar siete días e iniciar anticoagulación oral durante tres meses, siguiendo revisiones en consultas de TVP para valorar la derivación a cirugía vascular en función de los resultados del Angio-TAC.

Enfoque individual. Antecedentes personales: enfermedad de Crohn no tratado.

Evolución

Con el tratamiento indicado, el cuadro remitió estando pendiente de los resultados de la realización de un AngioTAC para confirmar el diagnóstico.

Exploración física: asimetría del MSD con respecto el izquierdo, encontrándose edematizado, empastado y doloroso a la palpación.

Conclusiones

A pesar de ser un tipo poco frecuente de TV, es importante pensar en ella sobre todo en pacientes con la sintomatología descrita que practican ejercicio repetitivo de miembro superior. Como siempre, tanto en Atención Primaria como en urgencias una buena anamnesis y exploración física nos orientará al diagnóstico.

Pruebas complementarias: perfil hepatorrenal normal, excepto dímero D elevado (1.365 µg/ml). Eco Doppler: TVP de vena braquial y axilar y signos de tromboflebitis superficial en cara interna de brazo. Radiografía tórax y miembro superior derecho: normales.

Enfoque familiar y comunitario: tío materno, presentó recientemente una trombosis venosa profunda sin más datos.

Palabras Clave

Trombosis Venosa Profunda, Miembro Superior, Síndrome de Paget-Schroetter.

ÁREA: URGENCIAS

Epistaxis como manifestación de una cid

Rodríguez García R¹, Cardoso Cabello D¹, Balongo Molina A²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Palmeritas. Sevilla

Ámbito del caso

Área de Urgencias.

Caso multidisciplinar.

Motivos de consulta

Epistaxis.

Historia clínica

Varón de 75 años que acude a Urgencias de su CS por epistaxis de varias horas de evolución. Se procede a taponamiento nasal izquierdo con Ácido tranexámico y Adrenalina. Tras no ceder, se deriva a Urgencias Hospitalarias.

Exploración física: palidez mucocutánea y equimosis. TA 96/53 mmHg.

Pruebas complementarias: analítica con Hb en 11.4 (caída de dos puntos respecto a previa), plaquetopenia (24.000), ferritina 354, PCR 7.6 y todos los tiempos de coagulación alargados con fibrinógeno 0.5.

Enfoque individual. Antecedentes personales. No RAMC. FRCV: HTA. IQ previas: cataratas y carcinoma de próstata. Prótesis de cadera. Hemorroides. Psoriasis. Enfermedad de Parkinson tremórica.

Enfoque familiar y comunitario: sin interés.

Juicio clínico: trombopenia (sospecha de CID de causa tumoral).

Diagnóstico diferencial: trombopenia central vs periférica.

Tratamiento, planes de actuación: se contacta con Hematología, ORL y oncología de Guardia. Se pauta 1 g fibrinógeno iv + 1640 ml plasma (20 ml/kg, pesa 82 kg) + vitamina K 10 mg/6 h. Control de coagulación a las 23 h para plantear nueva administración de plasma; si fibrinógeno <1.5 volver a administrar fibrinógeno. Se cursa ingreso en Cuidados Paliativos.

Evolución

Exitus.

Conclusiones

Además de saber cómo actuar frente a una epistaxis y pese a que su causa más frecuente es la hemorragia espontánea procedente de los vasos del área de Little, no debemos olvidar que pueden existir otras causas secundarias, especialmente si coexisten otras lesiones como petequias o alteraciones en la coagulación. Por este motivo, debemos valorar globalmente al paciente y todas las características que éste presente, no solo exclusivamente el proceso por el que consulte.

Palabras Clave

Epistaxis, Disseminated Intravascular Coagulation, Thrombocytopenia.

ÁREA: URGENCIAS

Colestasis por virus de Epstein-Barr, una presentación infrecuente de una patología frecuente

Bejarano Martín M¹, Sánchez Romero M², Sánchez Romero A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Condequinto. Sevilla

² MIR 4º año de Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Atención Primaria, Urgencias.

Motivos de consulta

Coluria.

Historia clínica

Paciente de 13 años sin antecedentes destacables que consultó en su CS por orina colúrica de 5 días de evolución, sin clínica miccional asociada. Fiebre de hasta 39º de 7 días de duración. Molestias faríngeas sin odinofagia. Refiere astenia y epigastralgia asociadas. No alteraciones deposicionales.

Enfoque individual: a la exploración presentaba buen estado general, buena coloración e hidratación de piel y mucosas. Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. Resto sin hallazgos.

Se realizó tira reactiva de orina en la que se objetivó urobilinógeno 4 cruces, resto negativo. Se derivó para realización de analítica urgente donde se evidenció hipertransaminasemia (ALT 353 mU/ml y AST 240 mU/ml), gamma-glutamyl-transpeptidasa 228 UI/L, LDH 522 UI/L y bilirrubina total 2.4 mg/dl (directa: 1.85 mg/dl, 77% del total). Resto sin hallazgos significativos. Ante los resultados se decidió ampliar el estudio con serología completa, resultando IgM positiva para virus de Epstein-Barr, lo que confirmó el diagnóstico.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: mononucleosis infecciosa por virus Epstein-Barr con colestasis asociada.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento sintomático.

Evolución

En analítica de control, realizada en Atención Primaria, se evidenció la normalización de parámetros.

Conclusiones

El virus de Epstein-Barr (VEB) es responsable de la mayoría de casos (90%) de mononucleosis infecciosa. Se trata de un síndrome linfoproliferativo autolimitado que cursa con fiebre, astenia, odinofagia y adenopatías. En ocasiones se acompaña de hepatopatía subclínica con hipertransaminasemia leve transitoria (citólisis).

A diferencia de la población adulta, en niños rara vez aparece asociado un patrón analítico de colestasis, consistente en un aumento de fosfatasa alcalina, hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa y gamma-glutamyl-transpeptidasa. Se define como una reducción del flujo biliar canalicular, y aunque se desconoce el mecanismo exacto por el cual el VEB produce la colestasis, se ha especulado que podría estar producida por la inhibición de la enzima antioxidante superóxido dismutasa o por la infección directa del epitelio biliar por el virus. En conclusión, en cuadros de colestasis transitoria se debería incluir la infección por VEB en el diagnóstico diferencial, especialmente cuando se encuentran asociados síntomas típicos de mononucleosis infecciosa.

Palabras Clave

Colestasis Vírica, Mononucleosis.

ÁREA: URGENCIAS

Dolor abdominal agudo, un desafío para el médico de familia en el medio rural

Flores O¹, Brata C², García Gallego A³

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Posadas. Córdoba

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Posadas. Córdoba

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas D. Rafael Flores Crespo. Córdoba

Ámbito del caso

urgencias en el medio rural.

Motivos de consulta

dolor abdominal.

Historia clínica

Antecedentes personales: ca papilar de tiroides intervenido tiroidectomía total + yodo radioactivo. Probable menopausia precoz. IQX: ooforectomía a los 11 años, apendicectomizada. Tratamiento: levotiroxina. FUR: imprecisa, lleva mucho sin ella. Enfermedad actual: mujer de 44 años quien acudió a urgencias de nuestro CS rural por dolor abdominal de inicio súbito en hipogastrio y FII EVA 9-10/10 asociado a náuseas y escalofríos. No fiebre, no disuria. Niega otros síntomas.

Exploración física: TA 130/85 FC 90, T^a 36,3°C, inquietud, postura antiálgica. Abdomen blando, depresible, defensa voluntaria importante en FII e hipogastrio, PPR negativa.

Enfoque individual: dolor abdominal en mujer perimenopáusicas.

Enfoque familiar y comunitario: ansiedad en familiares.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: dolor abdominal agudo (cólico nefrítico refractario, quiste de ovario torcido, embarazo ectópico, perforación intestinal/viscera hueca, obstrucción intestinal, oclusión vascular mesentérica). Limitación de pruebas complementarias en centro rural y lejanía del hospital de referencia.

Tratamiento, planes de actuación: VVP + metamizol+escopolamina+diazepam 5 mg IV. Se

intenta realización de tira de orina y test de gestación, pero la paciente no consigue orinar con la inquietud y el nerviosismo, a pesar de la analgesia IV. Se administra Petidina ½ ampolla SC, sin alivio del dolor. Dada la situación de incertidumbre por el juicio clínico impreciso, los posibles diagnósticos diferenciales, fracaso de tratamiento analgésico y la distancia considerable del centro hospitalario, se decide traslado asistido a Hospital de referencia, administrándose dexketoprofeno 25 mg en perfusión + otra Petidina ½ ampolla SC, con escasa mejoría. Destaca 1 episodio de vómito, mejorando el dolor EVA 6/10.

Evolución

A su llegada a urgencias hospitalarias persiste la clínica, se decide hacer analítica (3 series) y radiografía abdominal. Destaca leucocitosis con neutrofilia y radiografía compatible con obstrucción de intestino delgado, cursándose TAC ABDOMEN: hallazgos sugestivos de obstrucción de intestino delgado incipiente y leves signos de sufrimiento, siendo ingresada a cargo de cirugía general para intervención quirúrgica urgente.

Conclusiones

El dolor abdominal agudo es un reto para los médicos de familia en el medio rural, el cual lidia con situaciones de dolor refractario a analgésicos y diagnósticos imprecisos a pesar de una correcta historia clínica, siendo necesario el traslado asistido al hospital para la realización de pruebas complementarias.

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Obstrucción Intestinal, Urgencias, Medio Rural.

ÁREA: URGENCIAS

Bloqueo auriculoventricular completo

Guerra Falcón J¹, González Suárez, Á.², Jiménez Ramos P²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Gibraleón (Huelva)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gibraleón. Gibraleón (Huelva)

Ámbito del caso

Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Pérdida de conocimiento.

Historia clínica

Antecedentes personales: hipertensión arterial (HTA). Fibrilación auricular (FA) permanente no valvular anticoagulada con edoxabán 60 mg. Comunicación interauricular tipo seno venoso (CIA-SV) con drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP), sobrecarga de ventrículo derecho e insuficiencia tricúspide ligera, junto a hipertensión arterial pulmonar.

Anamnesis: varón de 68 años que acude por episodio sincopal tras levantarse al baño hace una hora aproximadamente, acompañándose de cortejo vegetativo y traumatismo craneoencefálico (TCE), aunque sin disnea ni dolor torácico asociados. Además, presentó recuperación espontánea sin periodo proscritico, así como relajación de esfínter urinario.

Enfoque individual. Exploración física: buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Bradicárdico a 30 lpm. Auscultación cardiopulmonar: anodina. Exploración neurológica: normal.

Pruebas complementarias: analítica: 6120 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina normal, ionograma normal, Troponina T 16.67 ng/l. Electrocardiograma: bradicardia a 28 lpm. Bloqueo auriculoventricular (BAV) completo junto con bloqueo completo de rama derecha de haz de His. TAC de cráneo: anodino.

Enfoque familiar y comunitario: independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Clase funcional I NYHA.

Juicio clínico: síncope de perfil cardiogénico secundario a BAV de 3º Grado.

Diagnóstico diferencial con: síncope vasovagal. Trastornos cerebrovasculares. Entidades tóxico-metabólicas.

Tratamiento, planes de actuación: se traslada a Área de Observación de Urgencias donde se inicia perfusión intravenosa de isoprenalina, suspendida luego tras aparición repentina de FA a 156 lpm. Se realiza seriación de troponina T, con 76 y 49 ng/l como valores objetivados. El paciente está asintomático desde su llegada a Urgencias. Se contacta con Cardiología que indica colocación de marcapasos definitivo, con previo ecocardiograma. Posteriormente, se lleva a cabo implante de marcapasos sin complicaciones y se cursa ingreso en Cardiología.

Evolución

Durante el ingreso no ha presentado incidencias. Se continúa con mismo tratamiento domiciliario. Se citará a revisión tanto en Unidad de Cardiopatías Congénitas como en Unidad de Arritmias.

Conclusiones

Es muy importante hacer un diagnóstico correcto del tipo de síncope para un adecuado manejo y tratamiento. Ante un síncope siempre debe realizarse un electrocardiograma para descartar arritmia causante. Un BAV completo precisa de implante de marcapasos.

Palabras Clave

Síncope, Traumatismo Craneoencefálico, Bradicardia.

ÁREA: URGENCIAS

Diagnóstico de hernia crural incarcerada mediante la exploración física de Atdom

De La Torre Corona C¹, Carpintero Rubio E²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínic Palamós Costa Brava - CAP Alsina i Bofill. Girona

² Médico de Familia. CAP Alsina i Bofill. Girona

Ámbito del caso

Atención domiciliaria con derivación a Urgencias Hospitalarias y control ambulatorio de convalecencia.

Motivos de consulta

Vómitos repetidos y dolor abdominal de <24 horas.

Historia clínica

83 años, Barthel100. No hábitos tóxicos. HTA larga evolución; con enalapril/hidroclorotiazida y lercanidipino. Insuficiencia aórtica y mitral ligera-moderada (ecocardiograma 2014). FEVI conservada. Discopatía degenerativa y artropatía posterior avanzadas (RM 2016), controlada con pregabalina.

Enfoque individual: visita telefónica: paciente refiere vómitos en hasta 11 ocasiones de contenido alimentario-bilioso, asociado a bultoma abdominal doloroso de <24 h, ligeras náuseas e hiporexia. Cuadro desencadenado tras esfuerzo defecatorio. Niega deposiciones ni meteorismo. Se decide visita domiciliaria.

Exploración física: BEG, afebril, HTA moderada, normohidratación mucocutánea. Neurológico conservado. Abdomen distendido, blando y depresible, sin peritonismo, dolor en fosa ilíaca izquierda donde se palpa hernia inguinal no reductible.

Plan: derivación a urgencias hospitalarias para intervención terapéutica.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte. Viuda. Viajes frecuentes a Suiza (residencia habitual de los hijos).

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: sospecha de hernia inguinal izquierda incarcerada. Radiografía

abdomen: dilatación intestino delgado. Analítica: coagulación en rango, hemograma dentro de la normalidad sin anemia ni leucocitosis, no alteraciones iónicas, perfil renal correcto. Normoglucemia.

Tratamiento, planes de actuación: ingresa a cargo de servicio Cirugía en tratamiento médico con fluidoterapia y analgesia. Se realiza hernioplastia crural urgente, con anestesia raquídea y sedación. Se procede a incisión inguinal con sección por planos, diagnóstico intraoperatorio de hernia crural incarcerada que se reduce parcialmente. Contenido epiploico de aspecto isquémico que se recupera después de liberar el saco herniario. Posterior colocación de malla y cierre de aponeurosis, tejido subcutáneo y piel.

Evolución

Tras intervención quirúrgica, buena tolerancia oral y restablecimiento del tránsito. Se alta tres días después con recomendaciones (evitar esfuerzos físicos y estreñimiento, higiene de la herida), analgesia pautada y control ambulatorio. En seis días, valoración por EAP. Se evidencia eritema e induración pericicatricial con signos inflamatorios y tirantez cutánea hasta pubis, realizando retirada de la mitad de las grapas. Se sospecha infección de herida quirúrgica vs alergia a grapas de sutura, y se instaura Amoxicilina-clavulánico 7 días. Al 4º día, resolución clínica y retirada completa de grapas. Se explican signos de alarma y reconsulta.

Conclusiones

Recalca la importancia de la atención domiciliaria presencial en tiempos de pandemia COVID19.

Palabras Clave

Obstrucción Intestinal, Hernia Inguinal, Atención Domiciliaria.

ÁREA: URGENCIAS

Mareo y debilidad en mujer joven

De la Cruz Castellano A, Galián Sierra M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Valverde del Camino. Hospital Minas de Riotinto. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Taquicardia, mareo y debilidad.

Historia clínica

Mujer, 22 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes personales de obesidad, asma y síndrome de ovario poliquístico en tratamiento con anticonceptivos orales (ACHO).

Enfoque individual: la paciente consulta a su médico por sensación de debilidad muscular y mareo desde hace unas horas, además, dolor en miembro inferior derecho tras esfuerzo, que mejora tras ibuprofeno. Realizan electrocardiograma objetivando taquicardia a 146 lpm y es derivada al servicio de urgencias hospitalario. A su llegada está estable hemodinámicamente, con TA de 150/100 y Sat. O₂ de 97%. La auscultación cardiopulmonar es rítmica a alta frecuencia sin soplos, y buen murmullo vesicular. Miembros inferiores sin signos de trombosis venosa profunda, edemas, y signo de Homans negativo. Se solicita electrocardiograma con patrón S1Q3T3 y analítica sanguínea. Se administra sumial 20 mg vo. Tras 1 hora la paciente presenta presíncope con hipotensión (90/60), FC 119 lpm, y recuperación espontánea. Se completó analítica con dímero D resultando en 18800.

Enfoque familiar y comunitario: hija única, estudiante, vive con sus padres y tiene buena relación socio-familiar.

Juicio clínico: TEP agudo bilateral.

Diagnóstico diferencial: infección por SARS-COV 2, hipotiroidismo, síndrome anémico, síndrome ansioso.

Tratamiento, planes de actuación: tras resultados analíticos se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, y se realiza Angio-TAC de tórax con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo bilateral. Ante estos resultados se mantiene a la paciente monitorizada, con buena evolución.

Evolución

Se decide ingreso en medicina interna para completar estudio. Al alta de urgencias y de hospitalización se indica la necesidad de pérdida de peso y retirada de ACHO.

Conclusiones

Una correcta anamnesis y exploración físicas, así como un seguimiento estrecho, son fundamentales para un buen diagnóstico y tratamiento. En este caso la presencia del patrón S1Q3T3 en ECG, junto con los factores de riesgo de obesidad y toma de ACHO, fueron claves para el enfoque y resolución del caso, junto con dímero D y Angio-TAC. Aquí podemos destacar el enfoque inicial y posterior seguimiento por parte del médico de familia en la promoción de una buena salud física, alimentaria y farmacológica, para la prevención de futuros eventos.

Palabras Clave

Pulmonary Embolism, Tachycardia, Muscle Weakness, Contraceptives Oral Hormonal.

ÁREA: URGENCIAS

Lo que esconde una dorsalgia

Esojo García M¹, Valverde Bascón B², García Gallego A³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Poniente. Córdoba

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Lucena (Córdoba)

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Posadas D. Rafael Flores Crespo. Córdoba

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cervicodorsalgia.

Historia clínica

Varón de 74 años que sufre caída accidental desde una silla con contusión cervical.

Realiza una primera consulta en urgencias por cervicalgia con exploración normal y radiografía de columna cervical sin hallazgos.

10 horas más tarde acude de nuevo por clínica de cervicodorsalgia intensa y paraplejía. A su llegada se encuentra consciente, orientado y colaborador. Presenta paraplejía (MMII 0/5. MSI 5/5 MSD: proximal 3/5 distal (interóseos) 1/5. Reflejos cuádriceps y aquíleos abolidos. RCP indiferentes bilaterales. Globo vesical.

Enfoque individual: antecedentes de interés: EPOC, espondilitis anquilosante y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fractura vertebral con afectación medular. Hematoma epidural espinal postraumático. Hematoma epidural espinal espontáneo. Síndrome Brown-Sequard.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza RMN cervical donde se visualiza colección intrarraquídea epidural posterior, de intensidad de señal intermedia en T1, alta en T2 y muy alta en STIR, que se extiende desde la altura del

cuerpo vertebral de C7-D1 hasta D8 produciendo compresión significativa del cordón medular, más evidente a nivel de D6-D7. Analítica: INR 2,0, act TP 35%. Laminectomía parcial y evacuación hematoma.

Evolución

Tras la intervención quirúrgica el paciente ingresa en unidad de cuidados intensivos donde evoluciona desfavorablemente con un fracaso respiratorio refractario debido a la lesión medular asociada a su espondilitis anquilopoyética que ocasiona una cifoescoliosis severa con compromiso restrictivo pulmonar que se suma a un componente obstructivo secundario a tabaquismo crónico con criterios clínicos de bronquitis crónica.

Conclusiones

El hematoma epidural espinal postraumático es una entidad poco descrita. El mecanismo lesional más frecuente en estas lesiones es la hiperextensión-distracción, y es típico de pacientes con espondiloartropatías o pacientes de avanzada edad con importantes cambios discoartróticos, dada la mayor fragilidad generada por la rigidez que presentan. Entre otras causas se describen los trastornos de la coagulación (mal control INR). En pacientes con antecedente traumático de columna vertebral y clínica neurológica asociada es necesario realizar una RNM de columna que permita descartar componente hemorrágico o mielopatía compresiva.

Palabras Clave

Hematoma Epidural Espinal, Hematoma Epidural Postraumático, Síndrome Brown-Sequard.

ÁREA: URGENCIAS

Doctor ¿qué me pasa en la pierna? La importancia de detectar datos de alarma en la evolución de una patología

Vaquero Onrubia P¹, aguayo Sánchez C², Ruiz Molina I³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Arahál. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ntra Sª de la Oliva, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria y Hospitalaria.

Motivos de consulta

Dolor en miembro inferior izquierdo de 1 día de evolución en paciente anticoagulado por TVP hace 1 mes.

Historia clínica

Antecedentes personales: no RAM, hipertensión arterial, TVP en MID hace 5 años, TVP femoroilíaco MII hace 1 mes, pancreatitis aguda litiásica. IQ: colecistectomía. Situación basal: ayuda para deambulación. Tratamiento: ácido acetilsalicílico 100 mg, manidipino 10 mg, omeprazol 20 mg, enoxaparina 80 mg cada 12 h.

Enfoque individual. Anamnesis: paciente de 90 años que consulta en CS por presentar desde hace 1 día dolor en miembro inferior izquierdo en zona gemelar y lateral externa, sin ceder con analgesia habitual. Afebril, no disnea. No traumatismo. Hace 1 mes TVP anticoagulada.

Exploración: BEG, COC, eupneico. ACR: tonos rítmicos, BMV. Pulsos pedios débiles. MII: induración zona gemelar y lateral externa. Sin aumento de temperatura ni hematoma.

Se derivó a urgencias por complicación de TVP VS celulitis, para solicitar pruebas complementarias. Analítica 8.000 leucocitos sin neutrofilia, PCR 2,5, Dímero D 300, CK 57. Tras mejoría con analgesia se decidió alta. Tras 5 horas reconsulta en URG Hospitalarias por cambios en MII. Regular estado general, COC, eupneico, afebril. TA 154/90. Sat. O₂ 96%. ACR: tonos rítmicos sin soplos, BMV. MII: pulsos pedios débiles, frialdad con déficit sensitivo y cianosis en dorso pie,

empastamiento desde zona sólea hasta distal, hematomas y flictenas serosas. Destacable en nueva analítica: CK 274 (previa 57), PCR 4. Ante sospecha de síndrome compartimental se solicita TAC MII: hematoma en tejido celular subcutáneo de región postero-lateral pierna izquierda de 22,7 x 4.

Juicio clínico: hematoma en tejido celular subcutáneo en región postero-lateral pierna izquierda condicionando síndrome compartimental, en paciente anticoagulado.

Diagnóstico diferencial: celulitis, trombosis venosa profunda, síndrome compartimental, fascitis.

Tratamiento, planes de actuación: se contacta con Traumatología de guardia que dada la rápida progresión clínica sospecha síndrome compartimental y programa IQ emergente (fasciotomía) para evacuar el hematoma.

Evolución

Buena evolución tras intervención, curas ambulatorias.

Conclusiones

El médico de familia debe estar alerta ante la evolución desfavorable de una patología, siendo capaz de detectar signos de alarma, cuándo derivar a atención hospitalaria, no olvidando el diagnóstico diferencial del dolor en miembro inferior.

Palabras Clave

Síndrome Compartimental, Fasciotomía, Fascitis.

ÁREA: URGENCIAS

Atención Primaria, "la llave de los pacientes"

Delgado Soto E

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias & Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Derivado desde CS por ingesta de una llave.

Historia clínica

Varón de 32 años, natural de Rumania. Internado en la Residencia "El Cristo Roto" para personas con discapacidad desde 2018. Visitado por su madre (tutora legal). Barrera Idiomática moderada.

No RAMC. No FRCV. Niega hábitos tóxicos. Sin intervenciones quirúrgicas previas.

Antecedentes personales: gastritis Crónica Atrófica. Colestasis Yatrogénica con ingreso en Medicina Interna en febrero 2020. Déficit de Alfa 1 Antitripsina. Historia Psiquiátrica: retraso mental por encefalopatía connata en seguimiento por Unidad de Salud Mental. Alteraciones conductuales y agresividad. Conductas autolesivas. Falta de adherencia al tratamiento. Epilepsia Mayor. Tratamiento domiciliario: biperideno 4 mg cada 12 horas. Omeprazol 20 mg cada 24 horas. Levomepromazina 25 mg cada 24 horas. Oxcarbazepina 600 mg cada 8 horas. Haloperidol 2 mg/ml 30 gotas cada 8 horas. Palimiperidona 1 jeringa cada 3 meses.

Enfoque individual: valoración de estabilidad hemodinámica del paciente.

Enfoque familiar y comunitario: valoración sociofamiliar.

Juicio clínico: ingesta de llave.

diagnostico diferencial: perforación gástrica vs esofágica. Intento autolítico.

Tratamiento, planes de actuación: tratamiento domiciliario: biperideno 4 mg cada 12 horas. Omeprazol 20 mg cada 24 horas. Levomepromazina 25 mg cada 24 horas. Oxcarbazepina 600 mg cada 8 horas. Haloperidol 2 mg/ml 30 gotas cada 8 horas. Palimiperidona 1 jeringa cada 3 meses.

Evolución

Exploración: aceptable estado general. Consciente, desorientado, poco colaborador. Normo coloreado y bien perfundido. Eupneico. Abdomen blando, depresible y doloroso a palpación en epigastrio sin irradiación. Ruidos abdominales normales. Radiografía de tórax y abdomen: "cuerpo extraño metálico en línea media a nivel de estómago distal y/o primera porción duodenal". Se contacta con Endoscopista de Guardia. Se proporciona consentimiento informado al paciente para la realización de Endoscopia Digestiva Alta (EDA). Se procede a su extracción con pinza bífida de retirada de balón gástrico, sin incidencias. Se procede al alta con indicaciones generales. Seguimiento por su MAP.

Conclusiones

La evolución de este paciente fue favorable. Sin embargo, es necesario hacer un control estrecho desde Atención Primaria tanto del paciente en sí mismo (necesidad de medicación o ajustes, detección de crisis que requieran ingreso hospitalario, interacciones y efectos adversos farmacológicos) como de sus allegados (burnout del cuidador, trastornos ansioso depresivos...).

Palabras Clave

Endoscopy, Gagging, Abdominal Pain.

ÁREA: URGENCIAS

Disnea en tiempos de pandemia

López Salmerón E¹, Miguel Urbano D²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Belén. Jaén

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Las Fuentezuelas. Jaén

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Paciente de 45 años que acude al servicio de Urgencia hospitalarias por disnea, dolor costal y tos desde el día anterior.

Historia clínica

Enfoque individual: entre los antecedentes personales destacan: no alergias medicamentosas, sensibilización a pólenes, alergia a proteínas de leche de vaca y trastorno ansioso-depresivo. No fumador y no consume otros tóxicos. Tratamiento farmacológico: lorazepam, citalopram y tramadol/paracetamol. En la entrevista clínica, refiere presentar disnea, dolor costal que se exacerba con los movimientos respiratorios, tos seca y astenia desde el día previo sin ninguna otra sintomatología más asociada. No ha tenido contacto con personas COVID-19 positivas en días anteriores. Tan solo refiere que el día anterior estuvo en el Fisioterapeuta por dolor de espalda que realizó punciones secas para tratarlo.

En la exploración física, se objetivó en la auscultación cardiopulmonar abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo y tonos rítmicos; una saturación de oxígeno en consulta del 92% y exploración normal de columna vertebral. Ante los hallazgos encontrados y dada la situación de pandemia actual, se solicitó radiografía de tórax, test de

antígenos y analítica sanguínea con gasometría arterial.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: para el diagnóstico diferencial, se tuvieron en cuenta los siguientes diagnósticos: infección respiratoria (COVID-19 u otro microorganismo), dolor osteomuscular, derrame pleural, tromboembolismo pulmonar o neumotórax.

Tratamiento, planes de actuación: entre las pruebas complementarias solicitadas, destaca alteración en la radiografía de tórax donde se observó un neumotórax completo izquierdo siendo el resto normales. Ante el diagnóstico, se deriva al paciente al servicio de Cirugía Torácica donde se decide tratar mediante inserción de drenaje pleural.

Evolución

Se da de alta al paciente tras posterior resolución del cuadro.

Conclusiones

Como conclusión, este caso pone de manifiesto la importancia de ser riguroso en la realización de un adecuado diagnóstico diferencial, así como en la anamnesis y en la exploración física de los pacientes que atendemos con síntomas respiratorios ya que no todos los pacientes con esta clínica presentan infección por COVID-19.

Palabras Clave

Disnea, Tos, Neumotórax.

ÁREA: URGENCIAS

“Una serie de catastróficas desdichas”

Casado Gómez D¹, Aumesquet Contreras A², Franco Boza C³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Sevilla

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Utrera Norte. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Servicios Urgencias hospitalaria y extrahospitalaria.

requiere una tercera asistencia en Urgencias por clínica de disnea aguda, detectándose un TEP sin signos de sobrecarga de cavidades derechas en AngioTAC.

Motivos de consulta

Politraumatismo.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Historia clínica

Paciente de 46 años que es traído por DCCU por colisión con vehículo latero-frontal saliendo despedido de la motocicleta. No refiere pérdida de conciencia y aqueja dolor en zona lumbar y tobillo derecho.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fr. Astrágalo. Tromboembolismo pulmonar. Como causa de la disnea, síndrome coronario agudo por frecuencia.

Tratamiento, planes de actuación: inmovilización y anticoagulación.

Enfoque individual: epiléptico y sordomudo desde la infancia. Desde el primer momento la asistencia es dificultosa por los problemas de comunicación. A la exploración, el paciente tiene un Glasgow de 15/15 y está estable hemodinámicamente, no presenta alteraciones a la auscultación cardiopulmonar. Se activa Código Trauma, en el BODY-TAC no se aprecian lesiones óseas agudas, se le venda el tobillo derecho por dolor sin realizar radiografía al no presentar deformidad y pasa la noche en Observación siendo dado de alta a las 24 h. Posteriormente, requiere una atención en centro privado por dolor en pie derecho y se le diagnostica de fractura de astrágalo y se la pauta HBPM. Finalmente,

Evolución

Favorable. Ingreso en Neumología para estabilización y fue dado de alta.

Conclusiones

La baja formación de los profesionales sanitarios y la baja dotación del sistema para la atención de pacientes con problemas sensoriales incrementa el riesgo de que se obvie el diagnóstico de una enfermedad potencialmente grave en éstos.

Palabras Clave

Deafness, Pulmonary Thromboembolism, Fracture.

ÁREA: URGENCIAS

Pérdida de visión súbita monocular en mujer de 76 años

Arostegui Plaza C¹, Arjona Carpio B², Prieto Romero N¹

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Pérdida de visión en ojo derecho.

Historia clínica

Mujer de 76 años que acude a Urgencias por pérdida de visión súbita en ojo derecho, que comenzó con “visión de telón negro”, de 10 horas de evolución. Cefalea habitual sin cambios. No dolor ocular. Niega traumatismo ocular.

Enfoque individual. Antecedentes personales: múltiples alergias medicamentosas. *Antecedentes médicos:* HTA y dislipemia. Queratoconjuntivitis herpética. Hemangioma hepático. Hernia de hiato. Estenosis de canal medular. Fibrilación auricular paroxística. Intervenciones quirúrgicas: histerectomía y doble anexectomía. Faquectomía bilateral.

Exploración: buen estado general. Consciente. Orientada. Colaboradora. Afebril. Glasgow 15/15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. MOEC. No diplopía. Pérdida de visión completa en ojo derecho. Pulsos temporales presentes. Reflejo fotomotor directo y consensuado conservado. Reflejo rojo presente y simétrico. No hiperemia conjuntival. No edema palpebral. Marcha y tono postural normal. No disimetrías. Fuerza y sensibilidad conservada. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de normalidad.

Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y coagulación en parámetros de normalidad. TAC cráneo sin contraste: sin hallazgos que justifiquen clínica.

Interconsulta Oftalmología: exploración oftalmológica sin hallazgos que justifiquen

clínica. Interconsulta Neurología: se descarta activación de código Ictus. Se ingresa para estudio ante la sospecha de neuropatía óptica isquémica retrobulbar.

Enfoque familiar y comunitario: IABVD. Vive sola en su domicilio en una zona rural. Tiene ayuda a domicilio diaria y su sobrina la visita todos los meses. Sale a pasear con andador.

Juicio clínico: neuropatía óptica isquémica, probable arteritis de células gigantes.

Diagnóstico diferencial: desprendimiento de retina. ACV.

Tratamiento, planes de actuación: corticoesteroides iv. Se ingreso en planta de Medicina Interna para estudio multidisciplinar por parte de Reumatología, Oftalmología y Neurología.

Evolución

Durante ingreso se realizaron distintas pruebas complementarias, destacando ecografía y biopsia de arteria temporal derecha, donde se confirmó diagnóstico de sospecha de arteritis de células gigantes. Pese a tratamiento con esteroides a altas dosis, no hubo recuperación de visión con ojo derecho.

Conclusiones

Reconocer precozmente ante los datos clínicos la sospecha diagnóstica de arteritis de la temporal e inicio de tratamiento urgente con esteroides para evitar la progresión de pérdida visual así como afectación del ojo contralateral.

Palabras Clave

Temporal Arteritis, Headache.

ÁREA: URGENCIAS

Un caso de disnea, a tener en cuenta el tromboembolismo pulmonar

Luna Miranda M¹, Perea Cejudo I², Llimona Perea I²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pino Montano B. Sevilla

² Médico de Familia. CS Pino Montano B. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Servicios de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea.

Historia clínica

Varón de 65 años que consulta en Atención Primaria por disnea de esfuerzo de más de 1 mes de evolución. Meses después acude a Urgencias Hospitalarias por aumento de la disnea, haciéndose de medianos esfuerzos.

Enfoque individual. Antecedentes personales: HTA, dislipemia, obesidad, vacunado de la COVID-19 con AstraZeneca (13/05/21-23/07/21).

Exploración en Atención Primaria: buen estado general, consciente, orientado. Bien hidratado y perfundido. TA 160/100, FC 75 lpm, Sat. O₂ 99%. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen sin hallazgos. Edemas con fôvea en ambos miembros inferiores.

Se solicita ECG: ritmo sinusal a 74 lpm y BIRDHH, sin otros hallazgos.

Exploración en Urgencias Hospitalarias (meses después): similar, salvo por TA 170/100, FC 102 lpm, hipoventilación en vértice pulmonar izquierdo. No signos de TVP. El paciente refiere aumento en la intensidad de su disnea. Le solicitan analítica de sangre con dímeros D y troponinas, RX de tórax, ECG, angioTAC de tórax y, tras hallazgos, eco Doppler venoso de miembros inferiores. Destaca: dímeros D: 7276 ng/ml. AngioTAC tórax: TEP bilateral. Eco Doppler miembros inferiores: signos de TVP en el

territorio de la vena poplítea y troncos tibio-peroneos del miembro inferior izquierdo.

Enfoque familiar y comunitario: no precisa.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda de miembros inferiores.

Diagnóstico diferencial de la disnea: insuficiencia cardíaca, TEP, crisis hipertensiva, taponamiento cardíaco, arritmias, valvulopatías, endocarditis, miocardiopatías. EPOC, asma, infección respiratoria, neumotórax, derrame pleural, atelectasias. Obstrucción de la vía aérea. Otras causas.

Identificación de problemas: disnea, BIDHH, TEP bilateral, TVP de MII.

Tratamiento, planes de actuación: tras detectar el TEP se inició Heparina de Bajo Peso Molecular. Al alta se pautó anticoagulación según trombología y control por su médico.

Evolución

En posteriores revisiones el paciente mejoró sin mostrar los síntomas iniciales.

Conclusiones

Pienso que es un caso interesante, ya que, no es la típica presentación del TEP, por la aparición más insidiosa. De ahí, la importancia de tener presentes los signos y síntomas sugestivos de TEP, en especial la disnea, así como, en este caso, valorar la posible asociación con la vacuna AstraZeneca para la COVID-19.

Palabras Clave

Disnea, Embolia y Trombosis, Trombosis de la Vena.

ÁREA: URGENCIAS

Insuficiencia suprarrenal primaria, enfermedad de Addison

Borrero Díaz V¹, Celotti Orozco M¹, Cruz Molina C²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Paciente que acude por 2-3 vómitos diarios de 10 días de evolución, así como malestar general y astenia.

Historia clínica

Mujer de 63 años. FRCV: HTA, dislipemia, DM tipo I.

Antecedentes personales: esteatosis hepática, hipotiroidismo, mola hidatiforme. Aqueja 2-3 vómitos diarios de unos 10 días de evolución, que se acompañan de malestar general y astenia.

A la exploración se objetiva tez morena sin tinte icterico, con hiperpigmentación palmar y en encías. Auscultación cardiopulmonar con tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos ni extratonos y murmullo vesicular bilateral conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. No doloroso a la palpación.

Enfoque individual: paciente con buena calidad de vida, independiente.

Enfoque familiar y comunitario: buen apoyo familiar y social.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: principal: insuficiencia suprarrenal primaria vs secundaria. A descartar: hemocromatosis, y otras patologías menos probables por los antecedentes de la paciente y las características clínicas como neoplasias o Sd de ACTH ectópica.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente se ingresa en planta de Medicina Interna para estudio de hiperpigmentación y vómitos persistentes. Se solicita TAC de abdomen y estudio analítico.

Evolución

Resultado TAC abdomen: esteatosis hepática difusa. Sin otras alteraciones a otros niveles. Analítica: hemograma con fórmula y recuento normal. Bioquímica: FA 108; sodio 122; potasio 5,6. Resto normal. Proteinograma: normal. Estudio del hierro normal. Marcadores tumorales negativos. Hormonas: tiroides normal. Cortisol 1,9; corticotropina >1500. Inmunología general: normal. Tras los hallazgos analíticos, y como diagnóstico principal Insuficiencia Suprarrenal Primaria, se solicita RMN con contraste IV de glándulas suprarrenales, con el siguiente hallazgo: glándulas adrenales adelgazadas, de pequeño tamaño.

Conclusiones

Tras inicio de tratamiento corticoideo la paciente mejora notablemente y los vómitos desaparecen. Es dada de alta con el siguiente tratamiento: hidrocortisona 20 mg 1 comp en desayuno, 1/2 en almuerzo y 1/2 en cena y fluorhidrocortisona 0,1, 1 comprimido en desayuno; sabiendo que, en situaciones de estrés, debe doblar la dosis; además de vitamina B12 1 ampolla IM mensual. Es derivada a consultas externas de Endocrinología para revisión y seguimiento. Dado que la paciente presenta insuficiencia de más de una glándula (tiroides y suprarrenales) podría tratarse de un Síndrome poliglandular a estudio.

Palabras Clave

Hiperpigmentación, Insuficiencia, Suprarrenal, Glándulas, Cortisol.

ÁREA: URGENCIAS

Paciente con hematoquecia y petequias

García Onieva F¹, Povedano Hoyas M², Borrero Díaz V³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Deposiciones con sangre.

Historia clínica

Paciente de 3 años. Madre VIH + en tratamiento con TARGA. Lactancia materna y alimentación variada. Acude a URG por presentar hematoquecia acompañada de hematomas a distintos niveles desde hace 15 días y Petequias. No proceso infeccioso previo.

Refieren haber sufrido traumatismo en hipocondrio derecho mientras jugaba con gran hematoma en la zona y desde entonces comenta hematomas de fácil aparición distribuidos por todo el cuerpo. Epistaxis por ambas narinas. Bebe agua de fuentes naturales, no tratada. Contacto con perros y gatos.

Enfoque individual. Pruebas complementarias: hemograma: l: 9260 con linfocitosis leve 55%, neutrófilos 3360. Plaquetas 13000. Reticulocitos aumentados. Frotis: en frotis se observa Anisopoiquilocitosis +++, basofilia difusa ++. Trombocitopenia confirmada (aproximadamente 10.000 en frotis). Coagulación normal. Dímero D 1247. Bioquímica: normal? PCR 5.6 mg/l? Gasometría venosa: ¿normal? Serología: VIH: ¿negativo? VHA, VHB, VHC: negativos, no inmunizado contra VHB.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: trombopenia Inmune Primaria.

Diagnóstico diferencial: vasculitis, Patología hepatoesplénica, Síndrome Wiskott-Aldrich, infección por VIH.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso para tratamiento y evolución, se contacta con Hematología y se consensua tratamiento con Inmunoglobulina humana iv en percusión lenta con control analítico posterior.

Evolución

Paciente persiste con trombopenia grave por lo que recibe 2ª línea de tratamiento con corticoide intravenoso dada la ausencia de respuesta con Inmunoglobulina. Tras una semana en tratamiento con corticoides, presenta normalización de cifras plaquetarias y sin nuevos eventos de sangrado es dado de alta con revisión en consultas externas.

Conclusiones

Las lesiones purpúricas en la piel suponen un motivo frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario y supone todo un reto diagnóstico dada la amplia bibliografía de patología que incluyen este signo clínico. En este caso se hizo un buen diagnóstico diferencial, excluyendo distintas etiologías que no formaban parte de este cuadro clínico característico, más frecuente aún en la edad pediátrica. La Trombopenia Inmune Primaria es la causa más frecuente de trombocitopenia de presentación aguda en un niño sano, por lo que como Médicos de Atención Primaria debemos estar familiarizados con esta patología.

Palabras Clave

Thrombocytopenia, Purpura, Hematoma, Autoimmune disease.

ÁREA: URGENCIAS

¿Paperas o no paperas? Esa es la cuestión

Cruz Molina C¹, García Onieva F², Povedano Hoyas M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Moguer. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

"Inflamación en ambos laterales del cuello"

Historia clínica

Paciente de 10 años sin alergias medicamentosas, correctamente vacunado para su edad.

Acude por dolor, rubor y calor en ambas mejillas, en zona parotídea, de un par de horas de evolución. Sin fiebre, clínica obstructiva u otra sintomatología asociada. La madre del paciente nos comenta que es el tercer episodio en los últimos 2 años, siendo el primer episodio en 2019, bilateral y en 2020 unilateral derecho.

Exploración física: se aprecia deformidad anatómica evidente, con aumento de partes blandas en región de ambas parótidas que borra el ángulo mandibular, doloroso a la palpación. No trismus, faringe ligeramente hiperémica sin otros hallazgos. Oídos normales. Testes normales.

Analíticamente: leucocitosis 16390 a expensas de neutrófilos 11540, resto de la fórmula normal, alfa-amilasa 199 -> 1081, PCR y procalcitonina normales. Radiografía facial: no hallazgos de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: parotiditis Aguda. Causa obstructiva vs infecciosa vs inflamatoria. Nunca se habían estudiado los episodios previos, por lo que no tiene serologías.

Tratamiento, planes de actuación: se administran antiinflamatorios, hidratación abundante y frío local. Se solicitan serologías víricas y exudados. Derivado a CCEE de Pediatría para resultados y ampliación del estudio.

Evolución

Al cabo de unos días el paciente fue mejorando progresivamente, en un periodo de una semana el cuadro remitió con el tratamiento pautado. El paciente ha sido revidado en CCEE de Pediatría con serologías negativas para infección activa. Ante los resultados analíticos, la clínica episódica y la ausencia de síntomas típicos de patología obstructiva, se opta por realizar estudio de patología autoinmune con ANAs, determinación de niveles de la ECA y ecografía de las glándulas salivares. El paciente se encuentra en estudio, pendiente de resultados. JC actual: parotiditis recurrente juvenil (PRJ).

Conclusiones

Es importante el estudio de pacientes con clínica de parotiditis pese a correcta vacunación, puesto que el abanico de posibilidades diagnósticas es amplio y cada una de las opciones tiene un tratamiento específico, así como significación pronóstica diferente. La patogenia de la PRJ no está clara, entra dentro de la categoría de inflamación parotídea no supurativa-obstructiva, pero es posible que se subdivida aún más si se identifican causas individuales específicas, por lo que es importante el estudio de los casos.

Palabras Clave

Parotiditis Aguda, Urgencias, Pediatría.

ÁREA: URGENCIAS

¿Es grave doctora?

Valenzuela Mancebo P

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal Axarquía. CS Vélez Sur. Málaga

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio de urgencias y servicio de Digestivo.

Motivos de consulta

Dolor abdominal y estreñimiento de 20 días de evolución.

Historia clínica

Paciente de 54 años que acude a consulta de Atención Primaria por estreñimiento de 20 días de evolución. Astenia. No fiebre. No náuseas ni vómitos. No tos ni sensación disneica. Expectoración verdosa en los últimos 10 días. Dolor abdominal en HCD desde hace 15 días que le impide el descanso nocturno. Asocia coluria, no ictericia ni acolia. No prurito. No sintomatología miccional. Pérdida de apetito y pérdida de peso no cuantificada desde el inicio del cuadro.

Enfoque individual. Anamnesis: varón de 54 años. IABVD. NAMC. Fumador de 1 paq/día. Bebedor de 2/3 cervezas diarias. No AP de interés, no tratamiento actual. Intervenido hace 15 años de neumotórax espontáneo.

Exploración: regular estado general. Eupneico en reposo. Palidez cutáneo-mucosa. Importante delgadez. ACP: latidos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. ABD: depresible, con hepatomegalia de 2-3 traveses de dedo, doloroso a la palpación, en especial a nivel del HCD.

Enfoque familiar y comunitario: vive solo. No tiene hijos ni esposa.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: estreñimiento funcional. Ca. Colon.
Ca tubo digestivo.

Tratamiento, planes de actuación: debido al regular estado general que presenta se deriva al servicio de urgencias para realización de pruebas complementarias y analítica sanguínea. AS: Hb 13, triacilglicerol lipasa 891 U/aspartato transaminasa 79 U/L alanina transaminasa 50 U/L, gamma glutamiltransferasa, 229 U/L, fosfatasa alcalina (ALP) 242. ECO ABD: páncreas con lesión en cabeza de 40 mm. Hígado de tamaño difusamente aumentado con múltiples lesiones sólidas distribuidas por todo el parénquima, la mayor de 55 mm en lóbulo hepático derecho. TC toraco-abdomino-pélvico: lesiones hepáticas múltiples, difusas, hipocaptantes, las mayores en segmento IVB 6.1 cm y VI (6.1 y 5 cm). Ascitis presente. Ganglios linfáticos sospechosos: portocava de 1.3 cm y otro peripancreatico entre arteria hepática derecha y a anterosuperior a cabeza/uncinado de páncreas. Tórax; Enfisema paraseptal y centrolobulillar. Tractos fibrosos pleuroparenquimatosos apicales con calcificaciones. Micronodulos pulmonar, cisura mayor derecha y menor. Adenopatías en hilio pulmonar derecho. Derrame pleural posterior bilateral.

Evolución

Se decide derivación a oncología por posible tumor irsecable.

Conclusiones

Conocer síntomas de alarma en Atención Primaria para abordar un mejor manejo diagnóstico y terapéutico. La importancia de integrar varias especialidades.

Palabras Clave

Estreñimiento, Hepatomegalia, Tumor Pancreático.

ÁREA: URGENCIAS

Dolor en fosa iliaca derecha

Rosa Boyer M

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Lugar, Chiclana de la Frontera (Cádiz)

Ámbito del caso

Atención Primaria, Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Mujer de 58 años sin factores de riesgo cardiovascular sin hábitos tóxicos y sin enfermedades de interés acude a urgencias derivada desde su CS por sospecha de apendicitis. A su llegada paciente estable, con sensación distérmica, dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha que no cede a la toma de analgésicos, tres deposiciones sin productos patológicos, no clínica miccional. No otra sintomatología.

Historia clínica

Buen estado general, auscultación sin hallazgos. Abdomen blando, depresible con dolor a palpación profunda en fosa iliaca derecha, Blumberg positivo, Murphy negativo, Psoas dudoso. Puño percusión negativa. Fecha de última regla aproximadamente 10 días antes, no clínica miccional. No otros datos a destacar.

Pruebas complementarias: analítica normal. Hemograma con leucocitosis 19260 y neutrofilia 17600. TC abdominal: tenue aumento de atenuación y trabeculación de la grasa omental en fosa iliaca derecha, sugestivo de infarto omental segmentario. Asociado a pequeñas adenopatías milimétricas en FID, inespecíficas, de probable origen reactivo. Apéndice cecal de calibre normal sin signos de neumoperitoneo. Resto de estudio sin hallazgos.

Enfoque individual: ante dolor en fosa iliaca derecha en paciente mujer con menarquia debemos de plantearnos un amplio abanico de diagnóstico diferencial, llegando incluso a descartar posibilidad de embarazo.

Enfoque familiar y comunitario: la importancia de conocer los diferentes diagnósticos diferenciales en función de características del dolor y localización anatómica.

Diagnóstico diferencial: apendicitis, Isquemia mesentérica, aneurisma de aorta abdominal, divertículo de Meckel, hernia inguinal, embarazo ectópico.

Juicio clínico: infarto omental segmentario.

Tratamiento, planes de actuación: dieta blanda, hidratación, analgesia cada 8 h, levofloxacino 500 mg 1 comprimido cada 12 h durante 7 días.

Evolución

Evoluciona de manera favorable con la toma de tratamiento analgésico pautado.

Conclusiones

El infarto omental es una entidad poco frecuente que se da predominantemente en varones en la cuarta década de la vida. Debe tenerse en cuenta ante un dolor abdominal agudo en FID tras intervenciones quirúrgicas o patologías abdominales como hernias, tumores, adherencias... El médico de Atención Primaria debería incluir esta patología a la hora de realizar un diagnóstico diferencial del dolor abdominal, desarrollando un papel primordial a la hora de la toma de decisiones en cuanto al procedimiento y seguimiento posterior de los casos confirmados.

Palabras Clave

Infarto Omental, Apendicitis, Isquemia Mesentérica.

ÁREA: URGENCIAS

Fiebre intermitente

Castañeda Hernández A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Elena. Huelva

Ámbito del caso

Mixto (Atención Primaria y Urgencias).

Motivos de consulta

Fiebre intermitente.

Historia clínica

Acude por fiebre de 39°C y malestar general de meses de evolución evaluado por su Médico de Familia sin otros hallazgos clínicos, radiológicos o analíticos de interés. Ante sus antecedentes y cuadro agudo actual se decide derivación a Urgencias. Refiere picos febriles intermitentes cada 7 días de 38,5°C que ceden con paracetamol durante 3 meses. No otra sintomatología asociada.

Enfoque individual: paciente varón de 77 años, ex fumador.

Antecedentes personales: diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedad Coronaria severa de dos vasos con revascularización percutánea, adenocarcinoma de recto intervenido con radioterapia y quimioterapia. Colectectomizado.

Exploración: sin hallazgos.

Pruebas complementarias: analítica: BRR T: 1.83, BRR D: 1.54, BRR I: 0.29, LDH 234, AST 166, ALT 284, Lipasa 16, amilasa 51, PCR 42.7. TAC de abdomen sin evidencia de afectación neoplásica, pero con significativa dilatación de la vía biliar extrahepática e intrahepática por una amplia ocupación litiásica en el contexto de colectectomía.

Enfoque familiar y comunitario: paciente independiente para las actividades básicas de la

vida diaria, convive con su pareja que ha adquirido el rol de cuidadora.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: colangitis aguda secundaria a gran coledocolitiasis residual en paciente diabético colecistectomizado en el contexto de síndrome febril de meses de evolución. Entre las enfermedades a descartar en el diagnóstico de fiebre sin focos destacan: fármacos: es importante tener el conocimiento de la introducción de un nuevo medicamento en el tratamiento del paciente, en este caso su ausencia nos haría descartar esta causa. Infección: la leucocitosis es un dato característico de infección, aunque su ausencia no descarta su presencia. Enfermedades autoinmunes, inflamatorias y neoplasias: la importancia de pedir marcadores analíticos nos podría ayudar a orientar el diagnóstico.

Tratamiento, planes de actuación: se resuelve mediante CPRE y limpieza de la vía biliar. Se decide alta con recomendaciones dietéticas y antibioterapia con revisión por su Médico de Atención Primaria.

Evolución

Mejoría clínica del paciente con ausencia de episodios posteriores de fiebre.

Conclusiones

La evaluación de un paciente en el ámbito de Atención Primaria con fiebre sin foco contempla Historia Clínica minuciosa, exploración física apoyada con determinadas pruebas y evaluar al paciente con frecuencia buscando cambios que puedan orientar el diagnóstico del paciente.

Palabras Clave

Fiebre Intermitente, Colangitis.

ÁREA: URGENCIAS

Doctora, me pesan los pies

Bravo Domínguez P¹, Alcalá Lara M², Buendía Rivea M³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Castilleja de la Cuesta. Castilleja de la Cuesta (Sevilla)

² Médico de Familia. CS Gines. Sevilla

³ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ciudad Expo. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Ámbito del caso

Atención Primaria/Urgencias hospitalarias.

Motivos de consulta

Pesadez de miembros inferiores, dolor al caminar.

Historia clínica

Varón de 58 años con cuadro de pesadez de miembros inferiores de 6 días de evolución, de comienzo espontáneo que describe como dolor de rodillas hacia abajo exclusivamente al caminar, que mejora cuando se detiene y reaparece a los pocos metros. Además, dolor lancitante intermitente en primer dedo del pie derecho de 3 días de evolución junto con frialdad. Niega otra sintomatología.

Enfoque individual. Antecedentes personales: fumador 30 paquetes/año, hipertensión arterial en tratamiento. Buen estado general. Constantes normales. El paciente acude caminando. Miembros inferiores sin signos flebíticos ni de trombosis venosa profunda. No cambios llamativos de coloración, sí disminución del flujo ungueal con discreta frialdad del pie derecho. No se palpa pulso pedio derecho, resto conservados. Balance articular y sensitivo conservado

Enfoque familiar y comunitario: se considera un riesgo equivalente entre la enfermedad arterial periférica, la de las arterias coronarias y la cerebrovascular con un aumento del riesgo de eventos cardíacos adversos mayores y muerte cardiovascular. También conlleva un riesgo importante de sufrir amputaciones e isquemia aguda de las extremidades.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: claudicación intermitente. Isquemia subaguda miembro inferior derecho. En el diagnóstico diferencial valoraremos causas vasculares como síndrome de atrapamiento arteria poplítea, insuficiencia venosa crónica... y no vasculares como sobrecarga muscular, síndrome compartimental crónico...

Tratamiento, planes de actuación: derivación a urgencias hospitalarias.

Evolución

Análítica: leve leucocitosis (leucocitos 14 800/l) con neutrofilia (neutrófilos 9 800/l). Coagulación normal. Función renal normal, PCR 55.1 mg/l. Ecografía Doppler/AngioTAC miembros inferiores: trombosis aguda de miembro inferior derecho por trombo totalmente oclusivo que se extiende a lo largo de 22,5 cm de la arteria femoral superficial derecha con origen a los 2,7 cm de la bifurcación de la común. Estenosis puntual severa en arteria femoral superficial izquierda a 17 cm de la bifurcación. Ausencia de contraste en pedias de forma bilateral que traduce repercusión hemodinámica. Ingreso en planta de cirugía cardiovascular.

Conclusiones

Por lo tanto, es fundamental estar alertas a los síntomas, más en personas de alto riesgo y evaluar a los pacientes ante evidencia clínica de enfermedad vascular con el objetivo de reducir la progresión de la enfermedad y el alivio sintomático.

Palabras Clave

Intermittent Claudication, Peripheral Arterial Disease.

ÁREA: URGENCIAS

Crisis de ansiedad en contexto de dolor torácico atípico

Rivera Sanchez A, Amezcua Dávila M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias de CS.

Motivos de consulta

Crisis de ansiedad.

Historia clínica

Varón de 23 años: sin Alergias.

Antecedentes familiares: madre con LES, abuelo con cardiopatía.

Antecedentes personales: TDHA. Hábitos tóxicos: fumador de 20 cigarrillos/día, consumo de cannabis. IABVD. No tratamiento habitual.

Acude acompañado de su padre por cuadro de nerviosismo, llanto fácil que atribuye a más estrés de lo habitual. Además, refiere dolor torácico punzante centrotorácico que se irradia hacia ambos brazos que le ha despertado, acompañado de vómitos y episodios diarreicos. No modifica con el movimiento. En tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico desde hace 2 días por amigdalitis.

Enfoque individual. Exploración: BEG, COC, normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo. Carótidas laten normales y simétricas. No IY. No edemas en MMII. Sat. O₂: 98%. TA: 130/70 mmHg. FC: 60 lpm. Afebril. ACR: rítmico, sin soplos ni rones. MVC sin ruidos sobreañadidos. ECG: ritmo sinusal a unos 55 lpm, elevación difusa de ST en II, III, AVF, V₅ y V₆. Test Ag: negativo. Se pauta alprazolam + cafinitrina sublingual, plavix 300 + clexane 80 mg y se traslada al Hospital en ambulancia con equipo médico.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, QRS estrecho, eje normal, elevación generalizada ST de hasta 3mm y descenso PR en territorio inferior. RX tórax: ICT normal, mínimo pinzamiento seno costofrénico derecho. Sin condensaciones ni infiltrados. Analítica: hemograma: fórmula leucocitaria normal salvo ligera linfopenia. Serie roja y plaquetas normales. Coagulación: normal. Bioquímica: PCR 37.3; Pro-BNP 90.3, Troponina T 761. >1203. Resto normal. Sistemático de orina: negativo. Tóxicos: positivo en cannabis. Ecoscopia: vi no dilatado con hipoquinesia inferoseptal y FEVI 45%. No derrame pericárdico.

Enfoque familiar y comunitario: la importancia del médico de familia en este caso en un CS y sobre todo en una buena historia clínica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: miopericarditis.

Tratamiento, planes de actuación: se pauta tratamiento con perfusión de NTG + dolantina IV + O₂ en GN.

Evolución

El paciente ingresa en planta de cardiología evolucionando favorablemente y siendo dado de alta con AAS + colchicina + enalapril + bisoprolol.

Conclusiones

El objetivo de este caso es de nuevo resaltar la importancia de una buena historia clínica, y hacer un buen diagnóstico diferencial a partir del síntoma guía, no dejándonos llevar por la primera apariencia.

Palabras Clave

Dolor Torácico, Antecedente de Amigdalitis.

ÁREA: URGENCIAS

Crisis de ansiedad en contexto de dolor torácico atípico

Rivera Sanchez A, Amezcua Dávila M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias de CS.

Motivos de consulta

Crisis de ansiedad.

Historia clínica

Varón de 23 años: sin Alergias.

Antecedentes familiares: madre con LES, abuelo con cardiopatía.

Antecedentes personales: TDHA. Hábitos tóxicos: fumador de 20 cigarrillos/día, consumo de cannabis. IABVD. No tratamiento habitual.

Acude acompañado de su padre por cuadro de nerviosismo, llanto fácil que atribuye a más estrés de lo habitual. Además, refiere dolor torácico punzante centrotorácico que se irradia hacia ambos brazos que le ha despertado, acompañado de vómitos y episodios diarreicos. No modifica con el movimiento. En tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico desde hace 2 días por amigdalitis.

Enfoque individual. Exploración: BEG, COC, normohidratado y normocoloreado. Eupneico en reposo. Carótidas laten normales y simétricas. No IY. No edemas en MMII. Sat. O₂: 98%. TA: 130/70 mmHg. FC: 60lpm. Afebril. ACR: rítmico, sin soplos ni roces. MVC sin ruidos sobreañadidos. ECG: ritmo sinusal a unos 55 lpm, elevación difusa de ST en II, III, AVF, V₅ y V₆. Test Ag: negativo. Se pauta alprazolam + cafinitrina sublingual, Plavix 300 + clexane 80 mg y se traslada al Hospital en ambulancia con equipo médico.

Pruebas complementarias: ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, QRS estrecho, eje normal, elevación generalizada ST de hasta 3mm y descenso PR en territorio inferior. RX tórax: ICT normal, mínimo pinzamiento seno costofrénico derecho. Sin condensaciones ni infiltrados. Analítica: hemograma: fórmula leucocitaria normal salvo ligera linfopenia. Serie roja y plaquetas normales. Coagulación: normal. Bioquímica: PCR 37.3; Pro-BNP 90.3, troponina T 761, >1203. Resto normal. Sistemático de orina: negativo. Tóxicos: positivo en cannabis. Ecocopia: vi no dilatado con hipoquinesia inferoseptal y FEVI 45%. No derrame pericárdico.

Enfoque familiar y comunitario: la importancia del médico de familia en este caso en un CS y sobre todo en una buena historia clínica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: miopericarditis.

Tratamiento, planes de actuación: se pauta tratamiento con perfusión de NTG + dolantina IV + O₂ en GN.

Evolución

El paciente ingresa en planta de cardiología evolucionando favorablemente y siendo dado de alta con AAS + colchicina + enalapril + bisoprolol.

Conclusiones

El objetivo de este caso es de nuevo resaltar la importancia de una buena historia clínica, y hacer un buen diagnóstico diferencial a partir del síntoma guía, no dejándonos llevar por la primera apariencia.

Palabras Clave

Dolor Torácico, Antecedente de Amigalitis.

ÁREA: URGENCIAS

Hemorragia digestiva alta: más allá de los AINE

Rodríguez Palacios M¹, Castro Torres M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Merced. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Heces oscuras.

Historia clínica

Anamnesis. Paciente acude a su médico de Atención Primaria por reagudización de lumbalgia y gonalgia en las últimas semanas, donde le prescriben naproxeno 1 comprimido cada 12 h. A los 10 días, la paciente acude de nuevo a consulta por decaimiento progresivo, heces oscuras en los últimos días y dolor lumbar. Además, comenta náuseas sin vómitos y molestia a nivel de hemiabdomen superior. Niega síndrome constitucional.

Exploración. TA 101/62 mmHg; FC 106 lpm. Afebril. Regular estado general. Palidez cutánea. No disnea de reposo. Exploración abdominal: abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación. No megalias ni masas. No irritación peritoneal. No defensa involuntaria. Puño-percusión renal no dolorosa. Tacto rectal: esfínter normotónico. Heces en ampolla, dedil manchado de heces negras melénicas.

Enfoque individual: mujer de 60 años.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia a tryptizol y tramadol. FRCV: HTA. No dislipemia. No Diabetes Mellitus 2. Lumbalgia y gonalgia derecha desde hace años. Intervenciones quirúrgicas: safenectomía derecha. Facoemulsificación OD. Hábitos tóxicos: no fumadora. No bebedora habitual. Niega otros tóxicos. Tratamiento habitual: losartán/HTZ 100/25 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, diazepam 5 mg/24 h. Situación basal: funciones

superiores conservadas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte familiar. No antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: HDA secundaria a GIST.

Tratamiento, planes de actuación: omeprazol. Sueroterapia. Concentrados de hematíes.

Evolución

Pruebas complementarias en Urgencias: analítica con hemoglobina 6.3 g/dl, hematocrito 20.5%. Endoscopia digestiva alta: tumoración de aspecto submucoso a nivel subcardial. Evolución favorable. No nuevas deposiciones melénicas. Plan de actuación. Ingreso en planta. Completar estudio de extensión.

Conclusiones

La hemorragia digestiva alta es la pérdida sanguínea provocada por una lesión situada por encima del ángulo de Treitz. Representa una de las patologías más prevalentes en los Servicios de Urgencia. Aunque la causa más frecuente es la úlcera péptica, algunos tumores pueden provocarla. Desde Atención Primaria, ante la sospecha de hemorragia digestiva debemos prestar especial atención a la anamnesis y exploración física; siendo primordial evaluar la repercusión hemodinámica del paciente y valorar sus posibles causas (episodios previos, abuso de alcohol o tabaco, AINE, anticoagulantes o hipertensión portal conocida).

Palabras Clave

Anemia, Melena, Endoscopia (DECS)

ÁREA: URGENCIAS

Epiglotitis en el anciano, infrecuente pero posible

Rosario Rúas L¹, de la Morena Sanz A¹, Guerrero Frías F²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Yunquera de Henares. Guadalajara

² Médico de Familia. CS Yunquera de Henares. Guadalajara.

Ámbito del caso

Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Odinofagia.

Historia clínica

Mujer de 81 años que acude al Servicio de Urgencias por disnea, odinofagia intensa, fiebre y malestar general de 24 horas de evolución. Presentaba babeo constante y afonía, y además la paciente adoptaba una postura en trípode. En la exploración física se objetivó edema de úvula y sibilantes inspiratorios y en la analítica sanguínea leucocitosis con desviación izquierda.

Enfoque individual: como antecedentes destaca que la paciente era hipertensa y diabética.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: el diagnóstico diferencial se estableció entre una reacción anafiláctica, una infección respiratoria, una uveítis, angioedema y epiglotitis. El principal problema de esta paciente era asegurar la vía aérea.

Tratamiento, planes de actuación: se administraron corticoides intravenosos, antibioterapia empírica con ceftriaxona y broncodilatadores, consiguiendo ligera mejoría de la sintomatología. Se avisó a otorrinolaringólogo de guardia para valoración.

Evolución

La paciente fue valorada por el otorrinolaringólogo de guardia dado que la vía

aérea estaba comprometida y tras insaturar el tratamiento médico inicial se desestimó la intubación y se ingresó a la paciente en planta.

Conclusiones

La epiglotitis aguda del adulto es una entidad clínica poco frecuente. Se trata de una infección aguda que afecta a las estructuras supraglóticas mucho más frecuente en niños, quienes suelen presentar mayor tasa de complicaciones. El *Haemophilus influenzae* B es el microorganismo responsable hasta en un 90% de los casos, aunque su incidencia está en descenso gracias a la vacunación. La clínica fundamental en el adulto es la disfagia, odinofagia y faringolalia, pudiendo presentar además sialorrea, tos o estridor. Al contrario que en niños, donde está desaconsejado, en los adultos sí que debe explorarse la vía aérea, debiendo hacer una laringoscopia indirecta y/o una fibrobroncoscopia para visualizar epiglotis y supraglotis, en la que veremos una epiglotis edematizada y eritematosa. El adecuado control de la vía aérea es fundamental para el manejo. Aunque la intubación orotraqueal es el método estándar para asegurar la vía aérea se han desarrollado diferentes técnicas y accesorios para acceder a la vía aérea de forma rápida y segura. Como hemos dicho, es una entidad infrecuente en adultos, pero debemos saber manejarla puesto que es potencialmente grave.

Palabras Clave

Epiglotis, Anciano, Vía Aérea.

ÁREA: URGENCIAS

La importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular

García Reinoso S¹, Gámez Navarro M¹, Franco Boza C²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Campo de las Beatas. Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria y hospitalaria.

Motivos de consulta

Varón de 63 años que consulta por cefalea postcoital intensa de inicio súbito de una hora de evolución.

Historia clínica

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. HTA crónica con mal control. Síndrome depresivo. No otros antecedentes de interés.

Anamnesis: tras mantener relaciones sexuales comienzo súbito de cefalea intensa frontal asociado a afasia motora. No otra focalidad neurológica.

Exploración: buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. TA 210/110 mmHg. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Neurológico: PINLA, MOEC y pares craneales sin alteraciones. Lenguaje incomprensible. Fuerza y sensibilidad conservada en las 4 extremidades.

Enfoque individual: el paciente lleva años con el mismo tratamiento antihipertensivo por buen control de cifras tensionales según refería. A pesar de presentar episodios de cefalea de menor intensidad en el último mes, no había consultado con su médico de atención.

Enfoque familiar y comunitario: el paciente acude acompañado por su mujer, quien nos

refiere que en el último mes el paciente ha dejado de tomar su tratamiento antihipertensivo por descuido del mismo. A pesar de la insistencia de la familia en continuar con el tratamiento y en una posible valoración por su médico de familia, el paciente se ha negado.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: hematoma intraparenquimatoso parietotemporal izquierdo desencadenado por crisis hipertensiva postcoital.

Tratamiento, planes de actuación: tras valorar al paciente en urgencias de CS y ante la clínica que presenta se pauta tratamiento antihipertensivo y se deriva al Hospital de referencia.

Evolución

A su llegada al hospital, el paciente mantiene mismas cifras tensionales, así como mismo nivel neurológico. Se activa código ictus y se realiza TC y Angio-TAC urgente en el cual se aprecia imagen compatible a hematoma intraparenquimatoso parietotemporal izquierdo. Se intensifica tratamiento antihipertensivo y se contactó con neurocirugía.

Conclusiones

La hipertensión es una enfermedad con un importante impacto cardiovascular en el que gran parte de la población a día de hoy desconoce. Es fundamental su control y un óptimo tratamiento para evitar efectos adversos como el del caso.

Palabras Clave

Cefalea, Hipertensión Arterial, Accidente Cerebrovascular.

ÁREA: URGENCIAS

Diarrea como probable causa de ictus isquémico

Marin Corencia C, Benítez Martos Á, Pérez Membrive C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Federico del Castillo. Jaén

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Sospecha de Ictus.

Historia clínica

Paciente mujer de 85 años con antecedentes de HTA y ansiedad, en tratamiento con olmesartán/hidroclorotiazida y alprazolam. Traída en ambulancia tras encontrarla la Guardia Civil tirada en el suelo de su domicilio, después de no responder a las llamadas de su vecina. Última vez vista 24 horas atrás. Fue valorada el día anterior por su MAP en domicilio por cuadro de diarrea sin fiebre por lo que recetó suero oral.

A la llegada a Urgencias TA 141/58 mmHg, FC 74, Sat. 96%. Afebril. NIHSS= 10 (consciente, solo obedece una orden simple por imitación 1+1, amenaza conservada bilateral, MOES horizontales completos, parálisis facial SN derecha 2, no claudicación de extremidades contra gravedad, retirada al dolor simétrica, emite palabras incomprensibles, no nomina, no repite 3, disartria 1).

Enfoque individual: analítica: leucocitos 13930, PMN 8460, INR 1,53, Glucemia 116, CK 595, Creatinina 0,74, troponina T normal. PCR SARS negativa. Uroanálisis normal. ECG ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización. Se realiza TAC sin Contraste I.V. de Cráneo por sospecha de ictus donde se aprecia una extensa área de hipodensidad corticosubcortical a nivel ténorooccipital derecho, en territorio frontera de arteria cerebral media y en arteria cerebral

posterior derechas. Igualmente existe un área de menor extensión a nivel temporooccipital izquierda de similar significación.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente vive sola. IABVD. Única relación cercana con vecina.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: los hallazgos de imagen son sugerentes de lesiones vasculares agudas-subagudas, en territorios vasculares descritos, territorios frontera, dado la localización, bilateralidad y la morfología de las lesiones, son sugerentes hipoperfusión cerebral generalizada, a descartar origen cardiogénico. Se realizó Eco-Doppler cardíaco y Angio-TAC de TSA donde se desestimó la causa cardíaca o vascular como causa del cuadro.

Tratamiento, planes de actuación: la paciente ingresó en Unidad de Ictus donde se intensificó la sueroterapia.

Evolución

La paciente falleció al sexto día de ingreso.

Conclusiones

1. Ante una imagen en TC craneal sugestiva de infarto isquémico en territorio frontera hay que descartar un origen cardiogénico y una situación de bajo gasto. 2. Es fundamental evitar la deshidratación en un paciente con diarrea, ya que podría provocar una situación de hipoperfusión generalizada.

Palabras Clave

Ictus Isquémico, Territorio Frontero Cerebral.

ÁREA: URGENCIAS

Apendicitis aguda. Ahora o tarde

Castro Torres M¹, Rodríguez Palacios M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Porvenir. Sevilla

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Merced. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria/Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Mujer de 75 años.

Anamnesis: paciente acude derivada desde su médico de Atención Primaria por dolor abdominal en ambos flancos, de 24 horas de evolución, acompañado de náuseas y fiebre de hasta 38°C.

Exploración física: buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Constantes a su llegada: TA 135/75 mmHg, FC 89 lpm, Sat. O₂ 98%, T^a 38,2°C. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos arrítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, con dolor a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha y fosa renal derecha. Blumberg positivo.

Enfoque individual. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2. Dislipemia. Fibrilación Auricular. Tratamiento habitual: losartán, simvastatina, sitagliptina, hidroclorotiazida, carvedilol, Sintrom, amlodipino.

Enfoque familiar y comunitario: buen soporte familiar. Niega antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: apendicitis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: analgesia, antibioterapia e ingreso para intervención quirúrgica urgente.

Evolución

Pruebas complementarias: analítica: con 23.160 leucocitos. PCR 39,0 mg/L. Glucosa 138 mg/dl. TAC sin contraste de abdomen: apéndice cecal aumentado de calibre, con hiperrealce mucoso e hiperdensidad adyacente a la base sugestiva de apendicolito. Hallazgos compatibles con apendicitis aguda no complicada. Tras la intervención quirúrgica se visualiza apéndice gangrenoso y perforado.

Conclusiones

Es fundamental no perder de vista que, ante un dolor abdominal agudo, cuanto más tiempo pasa entre el inicio del dolor y la intervención quirúrgica, mayor es la probabilidad de desarrollar complicaciones, como en este caso: apendicitis aguda gangrenosa y perforada con peritonitis localizada y absceso periapendicular. En Atención Primaria es esencial prestar especial atención a los signos de abdomen agudo, para no demorar la intervención quirúrgica.

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Apendicitis, Urgencias Médicas (DECS).

ÁREA: URGENCIAS

Neumomediastino en urgencias

García Olea A¹, García Contreras B², García Martínez L¹

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huércal de Almería. Almería

Ámbito del caso

Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor retroesternal.

Historia clínica

Varón de 20 años acude a servicios de Urgencias de SUAP por cuadro de dolor retroesternal opresivo sin irradiación de características mecánicas que aumenta con la inspiración, de horas de evolución. Ante la duda diagnóstica se deriva a Urgencias Hospital Torrecárdenas.

Enfoque individual: refiere que el dolor comenzó tras 2 horas después de comer rápidamente con sensación de nudo retroesternal a nivel esofágico desplazándose a epigastrio. NAMC, no antecedentes personales ni familiares de interés. Carece de hábitos tóxicos y de tratamiento habitual. Se decide paso a zona de sillones para reevaluación.

BEG, bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Hemodinámicamente estable. Saturación al 98% con FIO₂ ambiente. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. No irritación peritoneal. Se solicita radiografía torácica donde se observa una pleura visceral engrosada en campo pulmonar izquierdo y aire en mediastino anterior. Se pide una analítica con hemograma, bioquímica y coagulación que fueron normales. Se realiza TAC torácico sin contraste en el que se visualiza enfisema subcutáneo a nivel laterocervical bilateral, neumomediastino y enfisema que diseca pericardio. Ante los hallazgos del TAC, sin

visualizar un origen claramente y ante la estabilidad del paciente se realiza tránsito esofagogástrico con contraste oral en el que no se observan alteraciones.

Enfoque familiar y comunitario: buen ámbito familiar. Nivel socio-cultural medio-alto. Vivienda en ámbito urbano. Realiza estudios universitarios.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: neumomediastino. Pericarditis, paquipleuritis, síndrome Boerhaave.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso del paciente en Cirugía general, vigilando constantes vitales, con tratamiento sintomático.

Evolución

Debido a la favorable evolución se decidió dar de alta recomendando evitar esfuerzos que impliquen Valsalva, cambios de presión bruscos durante al menos 3 meses...

Conclusiones

El neumomediastino espontáneo es una entidad benigna y autolimitada poco frecuente, que afecta sobre todo a adultos jóvenes. Es importante hacer un diagnóstico diferencial ya que las manifestaciones clínicas son muy variables, siendo la presencia de enfisema cervical un signo de alta sospecha diagnóstica. Reseñar la importancia de algo tan asequible en Atención Primaria como la radiografía torácica para su diagnóstico.

Palabras Clave

Pneumomediastinum, Mediastinal Emphysema, Boerhaave Syndrome.

ÁREA: URGENCIAS

Dolor abdominal en paciente frecuentador shu

Sánchez Pareja V, Venegas Rubiales E, Ulloa Jerez C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea Poniente. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Paciente de 72 años que acude con vómitos de semanas de evolución. Pérdida de apetito con pérdida de peso. Lleva 2 días sin comer ni beber por el dolor y los vómitos. Afebril. Oliguria. No refiere otros síntomas acompañantes.

Enfoque individual: RAMC a tobramicina.

Antecedentes personales: HTA, IAM, TEP, fumador activo de 40 cig/día, diverticulosis en sigma. Ingreso en MI agosto 2021 por cuadro de dolor abdominal, vómitos y pérdida ponderal, siendo dado de alta con dx de probable neoplasia gástrica. Reingreso septiembre 2021 por estenosis pilórica de carácter benigno. AP bx EDA sept 2021: gastritis crónica erosiva superficial + H. pylori positivo + metaplasia intestinal completa aislada en esófago + duodenitis crónica inespecífica. IQx: amputación MID. Tratamiento habitual: nutavant, lactulosa, metoclopramida, paracetamol. REG, COC, BHyNP eupneico en reposos, estable hemodinámicamente. Afebril. Acude a consulta en silla de ruedas. AC: rítmico, sin soplo. AP: ventila ambos hemitórax, MVC, no ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no globulosos, no masas ni megalias palpables, doloroso a la palpación, signos de defensa abdominal sin signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos conservados, Blumberg dudoso, Murphy -, PPRB -. MII: pulso conservado, no edema, no fóvea, no signos de TVP.

Analítica: serie roja normal, serie blanca 20350 leucocitos con 17930 PMN. BQ: glucosa 167, urea 74, GOT 99, PCR 97.5, fibrinógeno 845, bilirrubina total 85, potasio 2.8. RX ABD supino: distensión importante de asas con gas distal. RX ABD bipedestación: abundantes niveles hidroaéreos. TAC ABD contraste iv: hallazgos sospechosos de obstrucción intestinal subtotal en asa cerrada de dos segmentos de asas de delgado, a valorar bridas como primera posibilidad etiológica, menos probable hernia interna. Líquido libre pélvico moderado.

Enfoque familiar y comunitario: durante el interrogatorio tanto el paciente como su familiar nos comunica su preocupación por que se trate de un cuadro oncológico, dada la clínica de pérdida de peso y al diagnóstico que le dieron en agosto.

Diagnóstico diferencial: pseudoclusión vs obstrucción intestinal.

Juicio clínico: obstrucción intestinal.

Tratamiento, planes de actuación: cirugía abdominal.

Evolución

Pendiente de cirugía.

Conclusiones

La importancia del trabajo multidisciplinar entre las distintas especialidades para llegar al diagnóstico correcto.

Palabras Clave

Pseudoclusión, Intestinal Obstruction, Abdominal Pain

ÁREA: URGENCIAS

Deterioro neurológico en paciente con otalgia

Nieto Martos M¹, Torres Palma P¹, Sáez Gallegos M²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

² DA Medicina Familiar y Comunitaria. CS Torredonjimeno. Jaén

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Otalgia.

Historia clínica

Otalgia derecha de 2 días, vómitos, fiebre de 38.5º y desorientación.

Enfoque individual: alergias: penicilina.

Antecedentes familiares: no.

Antecedentes personales: hipertensión Arterial (HTA). Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Tratamiento: lantus (25UI). Insulina actrapid. Ramipril 2.5 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg/24 h. Vida Basal: DABVD. Rankin 4. Enfermedad actual: mujer de 71 años, la familia consulta por otalgia derecha intensa de 2 días de evolución, acompañado de náuseas, vómitos, mareo, fiebre de 38. 5º y desorientación desde esta mañana; también refieren que le notan el habla extraña.

Exploración física: MEG, no colaboradora, desorientada en las 3 esferas, impresiona de desconexión del medio, taquipneica en reposo, NHYP. TA: 159/73 mmHg, FC: 130 lpm, pulsioximetría 95%, temperatura 37.8º. Exploración neurológica: Glasgow 9/15, PINLA, desviación de la mirada hacia la derecha, mioclonías en brazo izquierdo. ORL: otorrea derecha. Resto de exploración anodina.

Pruebas complementarias: analítica: hemograma: leucocitosis con neutrofilia; serie roja y plaquetar normal. Coagulación: normal. Bioquímica: PCR 150, procalcitonina 3.45, resto

normal. Sedimento de orina: normal. Gasometría venosa: pH 7,45, bicarbonato 25,4. ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm de QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: normal. TC craneal con contraste iv urgente: otomastoiditis aguda derecha complicada con trombosis de la vena yugular interna y del seno sigmoide y seno sagital superior. Burbuja de neumoencéfalo en ángulo bulbo cerebeloso derecho.

Juicio clínico: otomastoiditis aguda complicada con trombosis de la vena yugular interna y del seno sigmoide y seno sagital superior.

Diagnóstico diferencial: absceso intracraneal, meningitis aguda bacteriana o vírica, encefalitis, trombosis de seno lateral y estatus epiléptico.

Tratamiento, planes de actuación: antibioterapia empírica y antiepilépticos, paracetamol, omeprazol y enoxaparina 40 mg/24 h. No se realizó drenaje quirúrgico por la gravedad de la paciente y su gran dependencia (Rankin 4).

Evolución

Fallecimiento.

Conclusiones

Se trata de una otitis media aguda con complicaciones potencialmente mortales, que podrían haberse evitado desde Atención Primaria si hubiera contactado con su médico de familia, ya que precisan de antibioterapia empírica precoz y seguimiento por su médico.

Palabras Clave

Otitis, Mastoiditis, Diabetes Mellitus.

ÁREA: URGENCIAS

Algo más que palpitaciones

Pérez García B¹, García Martín S², Rodríguez González D³

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Disnea y palpitaciones.

Historia clínica

Mujer de 70 años con antecedentes de HTA, miocardiopatía dilatada, estenosis e insuficiencia mitral e intervenida de varices en miembros inferiores hace años que consulta por clínica de disnea progresiva desde hace 72 horas, con empeoramiento clínico en las últimas 24 horas sin disminución de diuresis y palpitaciones sin dolor torácico acompañantes.

Enfoque individual: no alergias medicamentosas. HTA en tratamiento con antihipertensivos (no de forma continua). Ex fumadora de 21 cig/día durante 12 años. Consciente y orientada en tres esferas. Estable hemodinámicamente. AC: tonos arrítmicos a unos 120 lpm sin soplos audibles.

Antecedentes personales: buena ventilación, sibilancias aisladas. Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpación, no masas, no megalias, no signos de peritonismo. Extremidades: pulsos conservados y simétricos, no signos de TVP, no edemas. No signos de focalidad neurológica.

En electrocardiograma realizado se constata Fibrilación Auricular con respuesta ventricular rápida a unos 120 lpm. RX tórax: cardiomegalia. Leve infiltrado intersticial bilateral. En analítica destaca proBNP 6300, perfil cardiaco negativo.

Se inicia tratamiento para control de la frecuencia con bisoprolol 2.5 mg cada 12 horas y anticoagulación con heparina a 60 mg/12 h sc. Se

decide ingreso en planta para tratamiento diurético.

Enfoque familiar y comunitario: a las 24 horas de ingreso y a pesar de anticoagulación a dosis óptima, la paciente comienza con hemiparesia izquierda, disartria y desviación de mirada a la derecha. Se activa código ictus, evidenciándose en Angio-TAC Ictus en territorio de la ACM derecha de probable origen cardioembólico y trombosis del segmento M1 de ACM derecha. Se traslada a hospital de referencia para trombectomía mecánica.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: se trata de una complicación (ACVA de origen cardioembólico) de la Fibrilación Auricular a pesar del tratamiento anticoagulante a dosis óptimas.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza trombectomía mecánica y tras comprobar mediante TAC craneal la ausencia de hemorragia se deduce reiniciar heparina a dosis anticoagulantes.

Evolución

Discreta mejoría de la clínica neurológica. Al alta, hemiparesia izquierda brazo 0/5 y pierna 2/5.

Conclusiones

Recaltar la importancia de iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas al diagnóstico de la arritmia más frecuente en nuestro medio y tener presente la posibilidad de aparición de ACVA de origen cardioembólico.

Palabras Clave

Fibrilación Auricular, ACVA, Anticoagulación.

ÁREA: URGENCIAS

Doctora, se me hincha el ojo

Abaurre Delgado A¹, López García A²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Espartinas. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de Dios Aljarafe. CS Castilleja de la Cuesta. Sevilla

Ámbito del caso

Urgencias de Atención Primaria.

Motivos de consulta

Ojo inflamado.

Historia clínica

Mujer. 56 años. Acude a Urgencias CS por edema palpebral derecho tras traumatismo accidental, con imposibilidad de apertura del ojo. Refiere que a las 19.00 h, su perro le golpeó en hemicara derecha. Dos horas después, al estornudar, se ha producido inflamación brusca de los párpados.

Enfoque individual: alérgica al yodo. BEG. COC. Bien perfundido e hidratado. Hemodinámicamente estable. Importante edema palpebral derecho. Se induce maniobra de Valsalva en consulta y se produce enfisema orbitario inmediato.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: fractura orbitaria: signos/síntomas comunes: dolor, tumefacción, equimosis periocular, diplopía, disminución de sensibilidad en distribución de los nervios infraorbitario/supraorbitario y enfisema orbitario. Otras lesiones relacionadas son: atrapamiento del músculo extraocular, fractura de seno maxilar, lesión del ligamento cantal medial y del sistema de conductos lagrimales.

Tratamiento, planes de actuación: metilprednisolona 125 mg/IM y derivación a Urgencias del Hospital para valoración. Contactan con Otorrinolaringología de guardia y decide: amoxicilina-ácido clavulánico 500/125/3

comprimidos/día. Colirio Combigan 1 gota/12 horas. TC preferente. Cita en Otorrinolaringología y oftalmología.

Evolución

Revisión en consultas 1 mes después. Asintomática. A nivel de agudeza visual y presión intraocular, normal. Alta de consultas de oftalmología. A nivel ORL y TAC de control, normal.

Conclusiones

1. El enfisema orbitario es una entidad poco frecuente caracterizada por la presencia de aire en tejidos blandos periorbitarios producido por la comunicación de estos con los senos paranasales. En la mayoría de los casos es de origen traumático, sin embargo, cuando se presenta de forma espontánea, la causa es un aumento de la presión intranasal que conlleva ruptura de la lámina papirácea del Etmoides. 2. En la mayoría de casos la radiografía de órbitas con proyección anteroposterior o lateral detecta la anormalidad, evidenciando el enfisema o la fractura en un 70% de casos. En casos no concluyentes, se requiere TAC de órbitas. 3. El enfisema orbitario espontáneo es una condición benigna que responde en la mayoría de las veces al manejo conservador. No aconsejable lantibioterapia excepto cuando exista infección activa de senos paranasales. Importante insistir al paciente evitar sonarse la nariz.

Palabras Clave

Órbita, Maniobra de Valsalva, Tomografía Computerizada.

ÁREA: URGENCIAS

Esta otitis te dejará sin palabras

Salyuk Kulinich K¹, Martín Aguilera A¹, Quintana Prego R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Casería de Montijo. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Servicios de Urgencia.

Motivos de consulta

Paciente aquejada de fiebre, cefalea, otalgia y supuración oído izquierdo, tratada con antibioterapia y analgesia, presenta tras pocos días alteraciones cognitivas y vómitos.

Historia clínica

Paciente de 73 años con diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Enfoque individual: consciente, orientada, taquicárdica. Soplo pansistólico polifocal. Mutismo, hemiparesia moderada derecha, limitación mirada conjugada horizontal y hemianopsia derecha con abolición de reflejo de amenaza.

Analítica: PCR 460, leucocitos 23600. Hemocultivo positivo para streptococo pneumoniae sensible a cefotaxima. TC: isquemia lóbulo temporal izquierdo. Área de encefalitis en el contexto de proceso infeccioso. RMN: engrosamiento senos paranasales con nivel hidroaéreo en seno maxilar izquierdo. Ocupación oído medio, mastoides izquierda y varias celdillas etmoidales. Absceso cerebral. Engrosamiento mucoso senos frontales.

Enfoque familiar y comunitario: paciente anciana que vive sola. Debido al fracaso de contactar con ella, sus familiares acuden a su domicilio donde la encuentran en mal estado cognitivo y físico ya comentado.

Juicio clínico: sospecha de neumonía basal derecha con evidencia de neumococo en hemocultivo sensible a cefotaxima. Absceso cerebral temporal izquierdo secundario a otomastoiditis izquierda.

Diagnostico diferencial: accidente cerebro vascular, tumor cerebral.

Tratamiento, planes de actuación: activación código ictus debido a clínica cognitiva, tratamiento empírico con ceftriaxona IV y realización de mastoidectomía.

Evolución

Tras resultados de hemocultivo se añaden corticoides y aerosoles. La persistencia de la fiebre y la aparición de episodios de crisis epilépticas focales secundariamente generalizadas implican la utilización de levotiracetam. Correcta evolución de la paciente clínicamente y en pruebas complementarias, alta y seguimiento.

Conclusiones

El adecuado seguimiento y abordaje de cualquier tipo de patología por más frecuente que sea, como es el caso de la otitis, y más aún ante la falta de mejoría tras pautar tratamiento, permite evitar el agravamiento de esto y sus secuelas posteriores.

Palabras Clave

Otitis Media, Brain Abscess, Pneumonia.

ÁREA: URGENCIAS

Absceso periuretral

Ponce Rodríguez L¹, Díaz Lozano E², Salazar N²

¹ Médico de Familia. CS La Puebla de Cazalla. AGS Osuna

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Merced. Osuna

Ámbito del caso

Servicio de urgencias.

Motivos de consulta

Dolor escroto-perineal junto a síntomas miccionales.

Historia clínica

Varón 59 años de edad.

Antecedentes personales: no RAMS. Fumador 1 paquete cigarrillos/día desde hace 50 años. Ex enolismo. Vejiga hiperactiva. Tratamiento: mirabegron 50 mg/24 h.

Anamnesis: paciente que acude a urgencias por dolor en zona perineal, disuria, tenesmo vesical, dificultad para la micción y orinas malolientes de 24 horas de evolución.

Exploración: regular estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado. Eupneico en reposo. Glasgow 15/15. Constantes: TA 95/64 mmHg. FC 100 lpm. Sat. O₂ 98%. Tº 38°C. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia. No soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso. No masas ni megalias. No defensa ni signos de irritación peritoneal. Murphy, Blumberg negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa. Exploración genital: edema a nivel escrotal no indurado. A nivel posterior, en zona perineal se palpa zona empastada, con aumento local de la temperatura, dolorosa a la palpación. Testes en bolsa, no dolorosos a la palpación. Tacto rectal: esfínter normotónico. No abscesos perineales. Impresiona de hipertrofia prostática lisa.

Pruebas complementarias: analítica de sangre: hemograma: Hb 15, leucocitos 33.000, neutrófilos 84%. Bioquímica: glucosa 137, creatinina 1, sodio 135, potasio 4.6, PCR 136.

Sistemático de orina: negativo. PCR-SARS COV-2: negativa. TC abdomen con contraste: colecciones múltiples abcesificadas en región peneana-perineal (probablemente en cuerpos cavernosos pene), confluentes entre sí, de unos 9.5 cm, extendiéndose hacia región escrotal. Edema de tejido celular subcutáneo en región perineal hasta raíz del muslo derecho, sin gas. Ecografía escrotal: signos inflamatorios peritesticulares probablemente reactivos a colecciones abcesificadas descritas.

Enfoque individual: despiste de patologías urológicas poco frecuentes y graves en urgencias hospitalarias.

Enfoque familiar y comunitario: despiste de patologías urológicas poco frecuentes y graves en urgencias hospitalarias.

Diagnóstico diferencial: gangrena de Fournier.

Juicio clínico: absceso periuretral, sepsis urinaria.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso en observación. Ingreso en planta de urología: drenaje de absceso parauretral urgente. Sondaje suprapúbico. Antibioterapia amoxicilina/ácido clavulánico.

Evolución

Favorable tras drenaje de absceso parauretral y antibioterapia.

Conclusiones

Se requiere atención urgente, la valoración rápida del paciente es imprescindible por tratarse de un paciente con una patología tiempo-dependiente.

Palabras Clave

Absceso, Parauretral.

ÁREA: URGENCIAS

¿Patología psiquiátrica u organicidad?, a propósito de un caso

Casquero Sánchez J¹, Ortiz Méndez M², Nieto Espinar Y¹

¹ Médico de Familia. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Linares San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Servicios Urgencias.

Motivos de consulta

Bajo nivel de conciencia.

Historia clínica

Mujer de 55 años, de origen alemán, llevada a urgencias por el 061 tras encontrarla en una carretera con bajo nivel de conciencia junto a un blíster vacío de bromazepam.

Enfoque individual: antecedentes desconocidos, pertenece a otra comunidad.

Exploración: Glasgow 8, ante el estímulo doloroso abre ojos, realiza una respuesta flexora y sonidos incomprensibles. Resto de exploración sin hallazgos.

Se administra naloxona y flumazenilo, con empeoramiento a un Glasgow 3, por lo que se solicita TC de cráneo urgente.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea sin alteraciones. Benzodiazepinas positivas en orina. TC de cráneo: foco hemorrágico agudo de 6 mm en el espesor de troncoencéfalo. AngioTAC normal. Se ingresa en UCI, donde despierta del coma repentinamente, con desorientación, discurso incoherente y delirio de perjuicio, negándose a ser tratada.

Enfoque familiar y comunitario: inicialmente no se consigue localizar a familiares. La paciente es de origen alemán y resulta imposible realizar una anamnesis adecuada, inicialmente por el estado comatoso, y posteriormente por la barrea idiomática y el estado de confusión y delirio. Se contacta con su hija que acude al Hospital,

realizando nuevamente la anamnesis. Refieren que unos días atrás tuvo un conflicto personal, desde el que estaba irritable y con ideación de perjuicio (piensa que “hay un complot contra ella” y que “les están vigilando”). Tras unos días con hiporexia e insomnio, la paciente huyó de su domicilio estando desaparecida durante 24 horas, tras lo que fue hallada inconsciente en una carretera y trasladada al hospital. Además, comentan como único antecedente un cavernoma pontino, no reflejado en la historia hospitalaria.

Juicio clínico: episodio psicótico agudo.

Diagnóstico diferencial: hemorragia pontina, intoxicación por benzodiazepinas, episodio psicótico.

Tratamiento, planes de actuación: ingreso involuntario en psiquiatría y tratamiento con olanzapina.

Evolución

Remisión completa gracias al tratamiento.

Conclusiones

La dificultad que entraña la barrera idiomática y la confusión por el estado psicótico de la paciente, hace imposible distinguir inicialmente un cuadro de intoxicación medicamentosa, neurológico o psiquiátrico. Se pone de relevancia la importancia de la comunicación con el paciente y los familiares para conocer de forma detallada la anamnesis y el contexto biopsicosocial de nuestros pacientes para llegar a un diagnóstico preciso.

Palabras Clave

Brainstem Hematoma, Psychotic Disorder, Benzodiazepine Intoxication.

ÁREA: URGENCIAS

Dificultad de la marcha aguda en un paciente alcohólico

Moreno Cruz M¹, Delgado Romero S², Serrano Vázquez P³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan de Dios de Aljarafe. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan de Aznalfarache. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria; Servicio de Urgencias; Hospitalización de Medicina Interna.

Motivos de consulta

Vómitos, dificultad para la deambulacion.

Historia clínica

Enolismo de 252 UU/semana (6 cervezas/día y 1 botella de whisky/día); Fumador de 40 paquetes-año. HTA.

Enfoque individual. Anamnesis: varón de 53 años refiere dificultad para la deambulacion de dos días de evolución y “no sentir las piernas”. Refiere cuadro autolimitado de vómitos la semana anterior.

Exploración: hemodinámicamente estable. Consciente, orientado. Lenguaje fluente. No disartria. No asimetría facial. Resto de pares craneales normales. Fuerza conservada. Tono normal. Sensibilidad superficial conservada de forma grosera. Déficit de sensibilidad propioceptiva en MMII. Hiporreflexia osteotendinosa generalizada. Dismetria dedo-nariz y talón-rodilla. Disdiadococinesia. Marcha inestable, con aumento de la base de sustentación. Romberg positivo.

Pruebas complementarias: primero se realizó una TC craneal: sin hallazgos, descartó lesión focal, vascular o tumoral. Después, una RM (de elección), que mostró una leve atrofia cerebelosa. Analítica: función tiroidea normal, vitamina B12 normal, ácido fólico 2 ng/ml. Serología de lúes y virales (VIH, herpes) negativa. Anemia macrocítica inflamatoria. Hipertransaminasemia. El estudio neurofisiológico confirmó la polineuropatía axonal sensitiva en MMII y MMSS con preservación de las respuestas motoras. La

ecografía abdominal mostró una esteatosis hepática.

Juicio clínico: sd de Wernicke en paciente con consumo perjudicial de alcohol. Polineuropatía axonal sensitiva de MMII y MMSS tóxica. Esteatosis hepática.

Diagnóstico diferencial (ataxia): patología focal cerebelosa (isquémica, hemorrágica, neoplásica o desmielinizante); ataxias heredodegenerativas; degeneración cerebelosa paraneoplásica; toxicidad por fármacos (antiepilépticos), hipotiroidismo.

Tratamiento, planes de actuación: ingresa en planta de Medicina Interna para tratamiento IV con tiamina 500 mg/8 h durante 2 días + 250 mg/24 h durante 5 días; y piridoxina. Al alta se prescribe: Ácido fólico 10 mg/24 h; piridoxina 300 mg/24 h; tiamina 300 mg/24 h. Abstinencia absoluta de alcohol.

Evolución

Mejora de la marcha en la primera semana, persistiendo cierto grado de ataxia al alta. El paciente es incluido en el programa de deshabitación alcohólica en su centro de Atención Primaria. Es incluido en el programa de cesación tabáquica y hábitos de vida saludables. Acude a sesiones de fisioterapia.

Conclusiones

El Sd de Wernicke es un cuadro que aparece forma aguda en pacientes alcohólicos crónicos y que cursa con ataxia; en un 80% asocia polineuropatía. La causa es el déficit de vitamina B1.

Palabras Clave

Ataxia, Alcoholismo, Tiamina.

ÁREA: URGENCIAS

TVP y su evolución

Adame Herrojo M¹, Pérez Razquin E², Villa Luna P³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Huelva Centro. Huelva

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Inflamación, dolor y enrojecimiento de pierna derecha.

Historia clínica

No RAMS. Hábitos tóxicos: exfumadora. FRCV: HTA, DLP, DM2, obesidad. EPOC. SAOS con CPAP. Insuficiencia venosa. Enfermedad actual: paciente derivada por su MAP al Servicio de Urgencias Hospitalario por edemas en miembro inferior izquierdo de una semana de evolución, acompañado de rubor y calor sin mejoría a pesar de tratamiento antibiótico. No fiebre, no aumento de su disnea habitual. No otra sintomatología por aparatos.

Enfoque individual. Exploración: TA: 196/96, Sat. O₂: 94% A/A, FC: 73 lpm. ACP: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos, crepitantes finos en base izquierda. MMII: MID sin edemas y sin signos de TVP. MII aumentado de tamaño con respecto al contralateral, edemas a tensión hasta ingle, doloroso a la palpación, eritema y rubor en 1/3 inferior. Pulsos periféricos no palpables.

pruebas complementarias: hemograma sin leucocitosis, Hb 12.6, plaquetas 202000. Coagulación: normal. Dímero D 3953. Bioquímica: glucosa 117, Cr 1.46, Na 140, K 5, PCR 47.4. Eco Doppler: material ecogénico ocupando la luz de la safena interna izquierda a nivel de su cayado, vena femoral común, vena femoral superficial (que a su vez se bifurca) y de la vena poplítea ipsilaterales, hallazgos en

relación con TVP. Ganglios inguinales izquierdos de características reactivas. Severo edema de tejido celular subcutáneo de la pierna.

Enfoque familiar y comunitario: institucionalizada.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: TVP proximal y distal.

Tratamiento, planes de actuación: enoxaparina sc e ingreso en Medicina Interna.

Evolución

Episodio de desaturación en planta con diagnóstico de TEP agudo.

Conclusiones

La TVP distal puede resolverse de forma espontánea, cronificarse o progresar a TVP proximal (en el 20-30% de los casos), a su vez el 80% de los casos de TEP se asocian a TVP proximal de la extremidad inferior, de ahí la importancia de realizar ingreso hospitalario en caso de TVP proximales para un control más estrecho y evolutivo de la enfermedad. La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico de TEP, la combinación de los hallazgos evaluados mediante las escalas de probabilidad clínica (E. Wells y E. de Ginegra) permite clasificar a los pacientes con sospecha de TEP en distintas categorías pretest que determinaran nuestro plan de actuación.

Palabras Clave

Thrombosis, Pulmonary Embolism, Computed Tomography Angiography.

ÁREA: URGENCIAS

La importancia del electrocardiograma

Nogales García G¹, Morero Guerra J², Aranda Rando S²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Osuna (Sevilla)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Osuna (Sevilla)

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias.

Motivos de consulta

Mareo.

Historia clínica

Mujer de 69 años traída tras realización de cardioversión eléctrica por cuadro de taquicardia ventricular. La paciente fue valorada 48 h antes por cuadro de mareo inespecífico, diagnosticándose de vértigo periférico. La paciente refiere que en las últimas 48 h ha presentado mareo sin giro de objetos, sudoración y náuseas, asociando sensación de palpitaciones y dolor centro torácico. El dolor es opresivo, no irradiado y no se modifica con los esfuerzos.

Se realizó ECG en CS objetivándose taquicardia ventricular monomorfa por lo que se realizó cardioversión eléctrica. En urgencias se realiza nuevo ECG en el que se objetiva ritmo sinusal con QRS ancho con morfología de bloqueo completo de rama derecha con ascenso del ST en derivación III y AVF, además de ondas T negativas y profundas en dichas derivaciones. Se realiza ecocardiografía observándose alteraciones segmentarias en cara inferior de ventrículo izquierdo. Analíticamente se observa elevación de troponinas. Dados los hallazgos se decide derivación a hospital de referencia.

Enfoque individual: fumadora de 40 cigarros/día. Hipertensión arterial, diabetes tipo II, dislipemia. Infartos lacunares. Anemia ferropénica.

Enfoque familiar y comunitario: no antecedentes.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. Taquicardia ventricular monomorfa sostenida.

Tratamiento, planes de actuación: angioplastia con colocación de 2 stent farmacológicos en arteria coronaria derecha.

Evolución

En hospital de referencia se realiza coronariografía objetivándose estenosis significativa de coronaria derecha a nivel proximal y medio, tratados ambos mediante colocación de stent farmacológico. Evolución favorable con mejoría de la función ventricular.

Conclusiones

Debemos ser sistemáticos al valorar a los pacientes, no dejándonos guiar, únicamente, por el conocimiento adquirido sino por la medicina basada en la evidencia. La anamnesis de un mareo no debe centrarse, únicamente, en discernir si se trata de un vértigo central o periférico. Debemos valorar una posible etiología cardíaca, metabólica, hematológica, oftálmica y respiratoria. Es recomendable realizar un electrocardiograma, aunque la sintomatología de vértigo periférico sea evidente. En nuestro caso, la realización de una prueba accesible y rápida nos habría permitido tener un diagnóstico más certero, debido a que, muy probablemente, esta paciente llevaba varios días presentado rachas de taquicardia ventricular, que se manifestaban con clínica de mareo inespecífico.

Palabras Clave

Vértigo, Taquicardia Ventricular, Cardioversión.

ÁREA: URGENCIAS

Mareo un reto diagnóstico en urgencias

García Garnica J¹ Espinosa Contreras F² Borrallo Uclés J¹

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mancha Real. Mancha Real (Jaén)

Ámbito del caso

Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Mareo de tipo inespecífico y vómitos de 24 horas de evolución.

Historia clínica

Paciente de 44 años acude al Servicio de Urgencias por cuadro de mareo de tipo inespecífico, náuseas y vómitos de 24 horas de evolución. Hace dos meses fallece su madre, desde entonces refiere astenia y debilidad de dos meses de evolución. Hace dos semanas comienza con temblores en los cuatro miembros y cefalea motivo por el cual su médico le prescribe propranolol, que dejó de tomar porque empeoraba la clínica. Niega otra clínica de interés.

Enfoque individual: paciente de 44 años con los antecedentes personales de hipotiroidismo y fallo ovárico precoz.

Enfoque familiar y comunitario: fallecimiento materno hace dos meses, por causa desconocida. Hace 20 años muere su hermano por una leucemia aguda.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: púrpura trombocitopénica trombótica. Coagulación intravascular diseminada. Neoplasia oculta.

Tratamiento, planes de actuación: se solicita analítica en la destaca en hemograma: Hb 3 g/dl, plaquetas 45000 mm³ y reticulocitos 3%. Coagulación sin hallazgos. Bioquímica con

función renal preservada y LDH 700. Resto sin alteraciones. Ante los hallazgos y la ausencia de sangrado externo visible se solicita TAC de cráneo sin alteraciones. La paciente pasa al área de observación, donde se completa el estudio con test de Coombs que es negativo y frotis de sangre periférica con un 2% de esquistocitos. Se solicitan tres concentrados de hematíes y se inicia tratamiento de soporte y sintomático. Se pide interconsulta a Nefrología y Hematología de guardia.

Evolución

Durante la estancia en Urgencias se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico por lo que se decide su ingreso en planta para su estudio.

Conclusiones

Nuestra misión como médicos de Atención Primaria es dar un enfoque biopsicosocial de cada uno de nuestros pacientes. En este caso tenemos los antecedentes de varios fallecimientos familiares, pero primero nuestra misión debe ser descartar organicidad antes de considerar un cuadro ansioso-depresivo reactivo a los acontecimientos vitales estresantes. En este caso la clínica que contaba la paciente de cefalea, astenia, mareo puede ser compatible con un síndrome ansioso-depresivo, pero también puede ser debido por un síndrome anémico o un descontrol en su patología tiroidea entre otros diagnósticos diferenciales.

Palabras Clave

Anemia, Trombopenia.

ÁREA: URGENCIAS

Me duele el cuello y me cuesta respirar

Prieto Romero N¹, Arostegui Plaza C¹, Arjona Carpio B²

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San José. Linares (Jaén)

Ámbito del caso

Atención Primaria. Urgencias. Servicios Hospitalarios.

Motivos de consulta

Cervicalgia y disnea de 10 días de evolución.

Historia clínica

Varón de 27 años sin AP de interés, que consulta por cervicalgia, astenia y disnea de 10 días de evolución. En la primera visita al MAP solicitan analítica y pautan tratamiento analgésico. Una semana después consulta por persistencia de síntomas con mareo y sudoración; por lo que se derivó a Urgencias para realización de pruebas complementarias.

Enfoque individual. Exploración física: regular estado general. Sudoración. Eupneico. ACP: MV disminuido en hemitórax izquierdo.

Pruebas complementarias: ECG: RS a 110 lpm. Sin alteraciones de la repolarización. Analítica: l 11070 (N 73%, L 10.7%), Hb 12, plaq 4980000, DD 4406, PCR 180.8. Angio-TAC Tórax: neoplasia de mediastino prevascular con signos de malignidad asociados. A valorar con exploración taponamiento cardíaco. BAG de la masa mediastínica (Bulky): linfoma de alto grado. PET-TAC: progresión de la enfermedad. PCR COVID-19: positivo.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres y hermana. Buenas relaciones sociales.

Juicio clínico: linfoma mediastínico de células grandes B.

Diagnóstico diferencial: teratoma, timoma, liposarcoma.

Tratamiento, planes de actuación: ante los hallazgos en Urgencias se realizó Angio-TAC de tórax donde se evidenció masa en mediastino anterior con derrame pleuropericárdico con compromiso hemodinámico por lo que inicialmente ingresó en UCI para pericardiocentesis y posteriormente fue derivado a Cirugía Torácica del CH de Jaén para realización de BAG. Tras obtener resultado de linfoma de alto grado se inició tratamiento quimioterápico con ciclos de R-DHAP por parte de Hematología.

Evolución

En PET-TC de control a los 7 meses se constató progresión de la enfermedad. Posteriormente, ingresa por infección COVID-19 con evolución tórpida a pesar de tratamiento según protocolo y finalmente falleció.

Conclusiones

Como médicos de Atención Primaria tenemos un compromiso ineludible para detectar síntomas y signos de alarma en pacientes con enfermedades potencialmente mortales. Debemos realizar una anamnesis y exploración física exhaustivas; así como hacer uso racional de los recursos que disponemos, sabiendo derivar a Urgencias aquellos casos que lo precisen.

Palabras Clave

LNH, Bulky, COVID-19.

ÁREA: URGENCIAS

Paciente de 42 años con cefalea y desorientación

Fernández Macías C¹, Pérez García B², del Junco Ollero A²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Roque Sur. Cádiz

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Línea-Velada. Cádiz

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Cefalea y desorientación.

Historia clínica

Antecedentes personales: sin interés.

Anamnesis: paciente de 42 años derivada de su CS que acude a urgencias por cefalea de hace 2 días que se ha intensificado con náuseas y vómitos. Los familiares refieren desorientación y habla incoherente de unas horas de evolución, además de consumo de cocaína y alcohol hace unos días.

Enfoque individual. Exploración: regular estado general, desorientada en persona, tiempo y espacio, palidez cutánea, eupneica. Auscultación cardíaca y respiratoria normal. En extremidades no signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica: Glasgow 15/15, bradipsiquia, pares craneales conservados, fuerza y sensibilidad conservada, PINRLA. Toma de constantes: TA: 140/80, FC: 75 lpm, T^a: 36°C, pulsioximetría: 98.

Pruebas complementarias: analítica: hemoglobina: 9,3 g/dl, leucocitos: 13800, plaquetas: 474000. Drogas de abuso en orina: cocaína positivo. TAC craneal: hematoma en región temporooccipital izquierda y con componente subaracnoideo a nivel de surcos, hoz cerebral y tentorio. Se observa marcado edema perilesional, por lo que no se descarta LOE subyacente. RNM craneal: trombosis de seno sigmoide y transverso izquierdos.

Enfoque familiar y comunitario: la paciente vive con su pareja y sus hijos actualmente. Los hijos

fueron los que se percataron del abuso de cocaína y alcohol estos últimos días.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: trombosis de senos sigmoide y transversos secundario a toma de Anticonceptivos Hormonales Orales e infartos venosos con transformación hemorrágica. Hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa cerebral, ictus isquémico, migraña, tumor cerebral.

Tratamiento, planes de actuación: se interconsulta con neurocirugía en Cádiz donde ingresa, y se decide no realizar tratamiento quirúrgico. Se pauta tratamiento con dexametasona y suspensión de anticonceptivos hormonales orales.

Evolución

La paciente fue dada de alta con tratamiento ambulatorio ante mejoría clínica y en las pruebas de imagen y se decide derivación a neurología para decidir el anticoagulante oral.

Conclusiones

La toma de anticonceptivos hormonales orales es un factor de riesgo de episodios de trombosis venosa cerebral al igual que de infartos hemorrágicos. En este caso podemos ver la importancia del médico de familia a la hora de saber identificar cuáles son los signos de alarma ante la aparición de una cefalea y saber cuáles son los factores de riesgo.

Palabras Clave

Cefalea, -Trombosis de los Senos Intracraneales, Anticonceptivos Hormonales Orales.

ÁREA: URGENCIAS

¿Neuropatía post-COVID? No es tan fácil

Gutiérrez Nieto C

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Sur de Sevilla Sevilla

Ámbito del caso

Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Motivos de consulta

Parestesias en miembros inferiores.

Historia clínica

Paciente de 45 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y síndrome ansioso-depresivo, no vacunada de Sars-Cov-2 por decisión propia, acude a servicio de urgencias hospitalarias (SUH) por parestesias en miembros inferiores.

Enfoque individual: en la anamnesis se recoge y estructura la información referente a la evolución de la sintomatología. El 11/08/21 comienza con clínica de malestar general, febrícula, odinofagia, anosmia y ageusia, diagnosticándose el 15/08/21 de infección por Sars-Cov-2 mediante test de antígeno con resultado positivo. Se mantiene en aislamiento domiciliario, consultando 11 días después en SUH por cuadro de mialgias, parestesias y debilidad generalizada de predominio en miembros inferiores que le dificulta la deambulación. Dada la exploración anodina y pruebas complementarias normales en dicho momento, se procedió al alta. El curso de dicho cuadro es progresivo, perdiendo fuerza hasta impedir la movilidad activa de miembros inferiores y ascendiendo las parestesias hasta abdomen, motivo por el que consulta de nuevo a SUH el día 25/09/21. Se realizan como pruebas complementarias: test rápido de antígeno (con resultado negativo), analítica urgente sin alteraciones significativas y RMN de columna lumbosacra, en la que se objetivan protrusiones discales sin radiculopatía. Tras haber descartado lesión ocupante de espacio en región lumbosacra,

se realiza punción lumbar (previa TAC craneal) en la que no se evidencia hiperproteíorraquia. Finalmente ingresa en servicio de neurología para completar estudio.

Enfoque familiar y comunitario: paciente pasa de independiente a dependiente.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: a descartar: síndrome de Guillain-Barré, mielopatía de origen infeccioso, carencial, autoinmune o tumoral. Tras realizar nuevas analíticas, BodyTAC y RMN cervical, se descarta origen carencial y tumoral. En la RMN se objetivan lesiones simétricas hiperintensas en FLAIR en ambos pedúnculos cerebelosos y en cordones laterales y posteriores de médula cervical, que captan contraste.

Tratamiento, planes de actuación: programada nueva punción lumbar y determinación de otros parámetros analíticos, aún no se realiza un diagnóstico definitivo. Se decide como tratamiento 6 sesiones de plasmaféresis junto con rehabilitación.

Evolución

Estable en espera de resultados.

Conclusiones

Reforzamos la hipótesis que asocia alteraciones neurológicas complejas con infección por Sars-Cov-2. Un adecuado seguimiento desde Atención Primaria permitiría la detección precoz de dichos problemas.

Palabras Clave

Paraplejía, Infecciones Por Coronavirus, Parestesia.

ÁREA: URGENCIAS

A veces ocurre

Valverde Bascón B¹, Álvarez Limpo A², Camacho Cerro L¹

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Lucena. Lucena (Córdoba)

² Médico de Familia. CS Poniente. Almería

Ámbito del caso

Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor Abdominal.

Historia clínica

Varón 77 años acude a Urgencias por dolor abdominal continuo en Epigastrio que se irradia hacia Hipocondrio izquierdo. Se inició hace 2 días. Afebril. Niega vómitos, síntomas miccionales y cambios deposicionales. EF: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en HCI, dudosos signos de irritación peitoneal.

Analítica: leucocitosis de 14.090 (con neutrofilia) resto del hemograma normal. Coagulación normal. Bioquímica normal incluido patrón Hepático colestásico (ALT 18, GGT 26, FA 85); amilasa 48; lipasa 46. PCR 72. Troponina ultrasensible negativa. RX tórax y abdomen anodinas. ECG: fibrilación auricular a 70 lpm, sin alteración del ST ni repolarización. TAC abdomen sin contraste: no se evidencia patología abdominal aguda.

Se deriva al Alta con tratamiento analgésico y apixaban. Tras 6 horas el paciente vuelve al servicio de urgencias, en las últimas horas el dolor se ha intensificado. Se decide repetir Analítica similar a previa (excepto PCR 155). 2ª determinación Troponina ultrasensible: negativa. 2º ECG se confirma el ritmo de FA a 75 lpm. Debido al hallazgo en el ECG se contacta con Radiología para realización de TAC abdomen Con Contraste para descartar patología emboligena-vascular. Se evidencia Esplenomegalia (14 cm) e infartos esplénicos por embolismo arterial y arteria esplénica. Se realiza ingreso en Servicio de Medicina Interna.

Enfoque individual: dM tipo 2. HTA. Dislipemia.

Enfoque familiar y comunitario: sin antecedentes familiares de interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: infartos Esplénicos por embolo en art. Esplénica. IAM. Pancreatitis aguda. Diverticulitis aguda.

Tratamiento, planes de actuación: analgesia. Anticoagulación.

Evolución

Durante el ingreso el paciente evoluciona favorablemente se decide realizar estudio de tomografía, ecocardiografía, serologías, frotis sanguíneo y proteinograma con el fin de filiar la etiología.

Conclusiones

Los infartos esplénicos son una causa poco frecuente de dolor Abdominal. El tratamiento es conservador con analgesia y anticoagulación. Se reserva el tratamiento quirúrgico para las posibles complicaciones. En este caso el antecedente de FA fue clave en pensar origen embolígeno y solicitar TAC con contraste. Además, la precocidad en la que acudió el paciente por 2ª vez a Urgencias asociada a la exploración y clínica fueron factores determinantes. Aun así, es primordial realizar un estudio completo del paciente para descartar otras posibles etiologías como: linfomas, SDMP, LES+SAF, endocarditis infecciosa, pancreatitis complicadas...

Palabras Clave

Dolor Abdominal, Infarto Esplénico, Fibrilación Auricular.

ÁREA: URGENCIAS

Doctora, "tengo ciática"

Lucena Porras M

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bellavista. Sevilla

Ámbito del caso

Atención familiar/Urgencias.

Motivos de consulta

Dolor miembro inferior izquierdo.

Historia clínica

Varón, 62 años. Acude por dolor y parestesias en muslo izquierdo irradiados a pie, de horas de evolución, tras realizar ejercicio físico. Consultó previamente por este motivo con diagnóstico de ciatalgia. Reconsulta por empeoramiento de la clínica, que limita la marcha.

Enfoque individual. Antecedentes personales: no RAMC. Tabaquismo 1 paq/día. SCACEST revascularizado en 2007. Hernia discal L5-S1.

Exploración: afectado por el dolor. Normohidratado. Eupneico. Afebril. Sat. O₂ 97%, TA 135/67 mmHg, FC 90 lpm. ACR: rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado abdomen no doloroso, sin masas pulsátiles. No dolor en columna. Fuerza 5/5. Dolor en miembro inferior izquierdo en reposo, con frialdad respecto al contralateral y relleno capilar lento. Pulsos carotídeos y en miembros superiores presentes y simétricos. Ausencia de pulsos distales en MID, ausencia total de pulsos en MII, sin captación de pulsioxímetro en pie izquierdo.

Derivamos a Hospital para valoración por C. Vascular por sospecha de isquemia arterial, posible Sd. Leriche.

Pruebas complementarias: ITB: MID 0.77, MII no capta flujo Doppler. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Angio-TAC abdomen y MMII: aorta abdominal infrarrenal

con trombo mural. MII: estenosis suboclusiva difusa de la íliaca interna. Oclusión difusa de la íliaca externa con recanalización en la femoral común, la cual presenta una estenosis de 50%. MID normal. Se consensua ingreso para valorar evolución y opciones de tratamiento. Enfoque familiar y comunitario. Sin interés.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: isquemia subaguda de miembro inferior izquierdo.

Tratamiento, planes de actuación: ajuste analgésico y conciliación de medicación. Se decide intervención quirúrgica: trombectomía íliaca izquierda y endoprótesis AFX.

Evolución

Tras intervención quirúrgica, presenta buena evolución y control sintomático, sin limitación de actividades diarias. Alta domiciliaria con seguimiento por su Médico de Atención Primaria y C. Vascular.

Conclusiones

Desde Atención Primaria es fundamental prestar atención a signos de alarma que nos hagan sospechar patologías cuyo diagnóstico y tratamiento precoz influye en el pronóstico del paciente. Un diagnóstico rápido y certero, junto con un seguimiento del paciente y una atención integral determinarán la calidad de vida de nuestros pacientes, siendo este el sentido de la Atención Primaria.

Palabras Clave

Dolor, Ciatalgia, Isquemia.

ÁREA: UROLOGÍA

Derrame pleural traumático

Povedano Hoyas M¹, Borrero Díaz V², Celotti Orozco M²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Aracena. Aracena. Huelva

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto (Huelva)

Ámbito del caso

Urgencias.

traumático. A descartar derrame pleural neoplásico o infeccioso (tuberculosis).

Motivos de consulta

Disnea a esfuerzos y en decúbito lateral.

Tratamiento, planes de actuación: se realiza extracción de líquido pleural y se deriva al alta de Urgencias a consultas externas de Neumología.

Historia clínica

Varón de 59 años fumador de 5-6 cigarros al día y antecedentes de EPOC y SAOS. El paciente acude a Urgencias por disnea a esfuerzos y en decúbito lateral de un mes de evolución. Refiere caída hace un mes sobre el costado derecho y niega otra sintomatología acompañante.

Evolución

En consultas de Neumología se realiza estudio con analítica normal, marcadores tumorales negativos y TAC de tórax en el que se aprecian derrame pleural derecho y fracturas en 5º, 6º y 7º arcos costales en consolidación. Se realiza una nueva toracocentesis con citología normal y TAC de abdomen sin alteraciones relevantes. El paciente refiere recuperación completa y se encuentra asintomático actualmente.

En la auscultación, disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha. En la radiografía de tórax se aprecia derrame pleural hasta campo medio de pulmón derecho con cisuritis. ECG y analítica (hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa) sin alteraciones significativas. Se realiza toracocentesis con extracción de líquido serohemático, con resultado de exudado con 50% PMN y resto normal.

Conclusiones

En un paciente que consulta por disnea hay que realizar una correcta anamnesis y solicitar analítica con hemograma, bioquímica y gasometría, radiografía de tórax y electrocardiograma para iniciar el estudio. Ante un derrame pleural, es importante realizar el diagnóstico diferencial entre un derrame pleural traumático, infeccioso y neoplásico fundamentalmente.

Enfoque individual: no relevante.

Enfoque familiar y comunitario: no relevante.

Palabras Clave

Derrame Pleural Traumático, Urgencias, Fracturas Costales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: derrame pleural

ÁREA: OTROS...

Doctora, ¿va a ser por lo mismo, ¿verdad?

Martín Heredia M¹ España Rivera M¹, Guerrero Mancheño G²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cayetano Roldán. Cádiz

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dr. Joaquín Pece. Cádiz

Ámbito del caso

Multidisciplinar: atención Primaria, Hematología, Digestivo, Traumatología.

Motivos de consulta

Dolor abdominal.

Historia clínica

Enfoque individual: paciente varón de 64 años con antecedentes de discopatía lumbar y leucemia linfática crónica (en 2015, sin tratamiento en la actualidad para la misma), que consulta en numerosas ocasiones desde 2007 por dolor abdominal en hipocondrio y flanco derecho sin alteración en el tránsito intestinal ni otros síntomas de alarma.

Exploración normal, sin signos de alarma. Es revisado por múltiples especialistas, realizándose numerosas analíticas y pruebas diagnósticas de imagen sin encontrar hallazgos destacables en las mismas. Es sumamente llamativo que las visitas al servicio de Urgencias por este motivo, aumentan desde 2015, sin conseguir un diagnóstico definitivo.

Enfoque familiar y comunitario: mujer diagnosticada de Parkinson, con una evolución tórpida en la actualidad.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: no se ha podido filiar el origen de este cuadro. Probablemente su salud física ha sido perjudicada tanto por su entorno socio-familiar como por el hecho de adquirir un rol de enfermo (LLC-B). Aun así, se

hace un despistaje de patologías abdominales.

Tratamiento, planes de actuación: aunque la leucemia no está perjudicando ni clínica ni analíticamente, desde Atención Primaria se observa una correlación entre el momento del diagnóstico de la LLC-B y el empeoramiento del cuadro (por el simple hecho de “etiquetar al paciente” con un diagnóstico como es la leucemia). Nuestro principal objetivo es intentar hacer que desvincule su enfermedad del resto de dolencias, e intentamos que filie su origen en la única causa posible que ya estaba identificada previamente a su diagnóstico de LLC-B y que es la discopatía lumbar.

Evolución

Tras 6 meses en tratamiento con escitalopram y alprazolam, y confirmada su adherencia al tratamiento, refiere mejoría.

Conclusiones

1.Importancia de evaluar el entorno socio-familiar de los pacientes a la hora de iniciar un proceso diagnóstico. 2.Dar la importancia necesaria en las consultas a lo que nos expone un paciente de forma reiterada es importante para no hacerlo sentir desahuciado, así como hacerlo sentir comprendido y acompañado en todo el proceso. 3.Importancia de cuidar la forma de comunicar malas noticias, porque la connotación con la que un paciente la recibe, puede marcar su calidad de vida desde ese momento.

Palabras Clave

Adherencia, Malas Noticias, Socio-Familiar.

ÁREA: OTROS...

Síndrome de skeeter, un gran desconocido

Sánchez Romero A¹, Lopera Martínez M², Bejarano Martín M³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isla Chica. Huelva

² Médico de Familia. Hospital Juan Ramon Jiménez. Huelva

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Condequinto. Sevilla

Ámbito del caso

Alergología y Dermatología.

Motivos de consulta

Múltiples lesiones habonosas en relación con picadura de mosquito.

Historia clínica

Paciente que consulta por primer episodio de lesión habonosa de 4x5 cm sin relación con cambio de productos de higiene en domicilio. Consulta posteriormente en dos ocasiones a los dos meses y al año respectivamente, por presentar mismas lesiones que la paciente relaciona con picaduras de insecto, se visualizan en consulta lesiones habonosas de diferentes magnitudes, la mayor de 10x8 cm en miembro inferior, y otra de 6x7 cm en antebrazo derecho (en segundo y tercer episodios respectivamente). Describe evolución de la lesión, con aparición de pequeño habón, tras esto vesícula de diferentes dimensiones, y posteriormente, aparición de lesión habonosa extensa en lugar de inoculación del insecto.

Enfoque individual: este tipo de casos diferentes a la práctica clínica habitual, nos ayuda a investigar y continuar utilizando las herramientas disponibles.

Enfoque familiar y comunitario: poder ofrecer a la paciente un enfoque y seguimiento personalizado, y aprender de todos los casos clínicos, en vista de un caso similar con

respecto a la comunidad.

Juicio clínico: síndrome de Skeeter.

Diagnóstico diferencial: hipersensibilidad a picadura de insecto y urticaria crónica reagudizada.

Tratamiento, planes de actuación: en el primer episodio al ser una lesión única se decide tratamiento con corticoides tópicos. En segundo y tercer episodios se trata con corticoides sistémicos vía oral, y posterior derivación a alergología de zona por sospecha de Síndrome de Skeeter. Tras la valoración se procede a tratamiento sintomático con corticoterapia vía oral si presentase lesiones habonosas, y evitar picaduras de insectos mediante medidas de barrera y protección.

Evolución

Actualmente la paciente no ha presentado nuevas lesiones, con una evolución favorable, con buena adherencia con el tratamiento para evitar el agente causal.

Conclusiones

Importancia de la actualización y del conocimiento de los diferentes síndromes y el correcto enfoque para el tratamiento sintomático personalizado de los pacientes.

Palabras Clave

Skeeter Syndrome, Insect Bite Hypersensitivity.

ÁREA: OTROS...

Mareos recurrentes, un reto diagnóstico

Martín Romera R¹, Cabrera Rodríguez C¹, Martínez Navarro I²

¹ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Ámbito del caso

Mixto.

Motivos de consulta

Mareos recurrentes.

Historia clínica

Antecedentes personales: agricultor de 49 años, sin antecedentes patológicos de interés, ni tratamiento habitual. Consulta por un episodio de vértigo, relacionado con cambios posturales. Se acompaña de vómitos y acúfenos, sobre todo en el oído izquierdo. Niega giro de objetos. Exploración y otoscopia normales.

6 meses después, acude a urgencias por persistencia de los mareos. Radiografía cervical, analítica sanguínea (hemograma, ionograma...) sin alteraciones. Diagnóstico de presunción: cervicalgia.

3 semanas después, vuelve a urgencias refiriendo mareos, esta vez acompañados de palpitaciones. Fue ingresado al ver en el ECG una FC 226 lpm y un QRS ancho con morfología sugestiva de taquicardia ventricular. Sufrió una parada cardiorrespiratoria recuperada, que requirió RCP, y la colocación de un DAI como prevención secundaria en cardiología.

Enfoque individual: persiste inestabilidad durante todo el ingreso que no se ha resuelto. Por lo que vuelve a nuestra consulta. Debido a las exploraciones anodinas, decidimos derivación a: ORL: audiometría y exploraciones normales. Neurología: exploración completa normal, TAC craneal sin hallazgos sugestivos de patología intracraneal. Cardiología: MAPA normal, Ecocardiograma y RMN que objetivan displasia arritmogénica del ventrículo derecho con

afectación del izquierdo. Holter 24 h: RIVA y dobletes. Medicina Interna: auscultación de soplo carotideo izquierdo que en la eco Doppler de troncos supraaórticos no mostró lesiones significativas. Resto anamnesis y exploración normales.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: tras estas valoraciones, se han descartado importantes causas del mareo como la patología vestibular, enfermedades neurológicas como accidentes cerebrovasculares del tronco y cerebelo, esclerosis múltiple u otras causas intraparenquimatosas. Una de las principales etiologías que nos planteábamos era la patología cardíaca, siendo su arritmia un motivo factible del mismo. Sin embargo, al estar tratada y descartar la hipotensión u otras alteraciones estructurales, seguimos sin certezas sobre este.

Evolución

Actualmente, a pesar de la estabilidad hemodinámica del paciente, la ausencia de síntomas y signos de alarma, y no presentar anomalías en las pruebas complementarias realizadas, seguimos su evolución en la consulta dada la persistencia de la sintomatología; orientada hasta el momento como una posible cervicalgia, pero seguimos alerta por si hubiese algún cambio a tener en cuenta.

Conclusiones

Seguimos con cierta incertidumbre diagnóstica, pero habiendo descartado graves patologías posibles.

Palabras Clave

Vertigo, Dizziness, Atención Primaria.

ÁREA: OTROS...

Tengo ardores que me llegan al costado, doctora

Berbel Díaz L¹, Márquez Sánchez I¹, López Montiel C²

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Retamar. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Campohermoso. Níjar (Almería)

Ámbito del caso

Consultas telefónicas sucesivas en Atención Primaria ante persistencia de síntomas interpretados por el paciente.

Motivos de consulta

Tos intermitente sin expectoración junto con dolor costal izquierdo continuo, acentuado con la respiración profunda y la tos. Persistencia del dolor y aparición de disnea. Aparición de pirosis intensa con dolor epigástrico postprandial.

Historia clínica

Varón de 76 años, con antecedentes personales de Hipertensión Arterial, que consulta de forma telefónica por tos y dolor costal izquierdo de 20 días de evolución, que se inicia de forma súbita tras un estornudo. En una segunda consulta telefónica, refiere aumento del dolor haciéndose muy intenso con los episodios de tos, a pesar del tratamiento pautado. Se reajusta tratamiento vía telefónica.

En unos días, el paciente vuelve a consultar por persistencia de la clínica y aparición de disnea a moderados esfuerzos, sin fiebre. Además, refiere pirosis intensa y dolor epigástrico postprandial tipo cólico, con sensación nauseosa que mejora tras varias horas de ayuno. Ante dicha situación, se decide evaluación presencial en consulta.

A la exploración: buen estado general; taquipneico. Destaca en región costal izquierda, deformidad a nivel de últimas costillas, con estructura herniaria de consistencia blanda que se moviliza con los movimientos respiratorios, protruyendo con la espiración y gran hematoma que se extiende desde flanco izquierdo hasta hipogastrio. A la auscultación pulmonar posterior

aparece murmullo vesicular disminuido en base pulmonar izquierda con ruidos peristálticos abdominales y roncus dispersos.

Enfoque individual: se solicita radiografía simple de tórax en el CS para una primera aproximación diagnóstica, y se observa elevación diafragmática izquierda y fracturas costales múltiples.

Enfoque familiar y comunitario: es importante el seguimiento y la evolución de los síntomas iniciales en Atención Primaria.

Juicio clínico: rotura diafragmática con herniación toracoabdominal izquierda, secundaria a fracturas costales múltiples de séptima, octava y novena costilla.

Diagnóstico diferencial con infección respiratoria de vías bajas y enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Tratamiento, planes de actuación: se deriva a Urgencias Hospitalarias ya que su abordaje es quirúrgico.

Evolución

Favorable, precisando reposo y posterior fisioterapia respiratoria.

Conclusiones

Es necesaria la inspección, palpación y exploración del paciente para un correcto diagnóstico y tratamiento. La consulta telefónica dificulta la interpretación de los síntomas descritos por los pacientes.

Palabras Clave

Hernia, Fractura, Diafragma.

ÁREA: OTROS...

Adenopatías supraclaviculares y latero-cervicales en pacientes post-vacunados contra la COVID-19

Jurado Ruiz E¹, Iglesias Hurtado E¹, Caballero de las Olivas Marque M²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria CS El Almorón. Sevilla

² Médico de Familia. CS El Almorón. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Adenopatías supraclaviculares y latero-cervicales.

Historia clínica

En esta serie de casos clínicos presentamos a 4 pacientes. Todos ellos consultaron por adenopatías latero-cervicales o supraclaviculares en Atención Primaria. En todos los casos las adenopatías se presentaron entre 10-14 días después de la administración de la primera dosis de la vacuna de Pfizer.

Enfoque individual: cada uno de estos pacientes fueron explorados en Atención Primaria y remitidos al servicio de radiodiagnósticos para la realización de estudios ecográficos.

Juicio clínico, diagnóstico diferencial, identificación de problemas: las adenopatías regionales pueden suponer un signo de alarma en la consulta por ello es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial. Aunque la causa más frecuente es la infecciosa, no podemos descartar el origen neoplásico sobre todo en determinadas localizaciones como la fosa supraclavicular, pudiendo sugerir una neoplasia linfática primaria o una neoplasia maligna metastásica abdominal. En algunas vacunas como la de la influenza A (H1N1) o la vacuna

contra el virus papiloma humano (VPH-9) se pueden desarrollar linfadenopatías regionales en los ganglios linfáticos que drenan al lugar de la vacunación. Este fenómeno aparece en las primeras dos semanas como en nuestros casos y estaría relacionado con la actividad local de la respuesta inmune. En la actualidad existen evidencias de casos con inflamación axilar post-vacunal en pacientes a los que se les administro la vacuna de Pfizer o Moderna. Pero no consta como reacción adversa las adenopatías supraclaviculares o latero-cervicales tras la administración de las mismas.

Tratamiento, planes de actuación: tras el diagnóstico se realizó seguimiento de las adenopatías y derivación a radiodiagnóstico.

Evolución

En todos los casos los hallazgos analíticos, ecográficos y exploratorios presentaban signos de benignidad, resolviéndose, de forma espontánea en un plazo inferior a 2 meses.

Conclusiones

Como conclusión nuestra serie de casos ayudaría en el diagnóstico diferencial de pacientes con adenopatías, indicando que podría ser un proceso benigno y autolimitado.

Palabras Clave

Adenopatías, Vacunas, COVID-19.

ÁREA: OTROS...

La grasa que crece y crece

Serrano de los Santos M, Gómez Torrado R, Rodríguez Vázquez A

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Candelaria. Sevilla

Ámbito del caso

Atención Primaria.

Motivos de consulta

Dolor lumbar y dificultad para deambular.

Historia clínica

Mujer de 19 años que presenta dolor lumbar de un mes de evolución que ha ido progresando a pesar de medicación pautada. Desde hace 10 días asocia pérdida de sensibilidad a la que se ha agregado progresivamente dificultad para la marcha. No incontinencia de esfínteres. No fiebre.

Exploración física: cicatriz en cintura escapular izquierda por resección de lipoma en la infancia. Dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsales y lumbares. Hipoestesia desde T12-L1 junto con hiperreflexia bilateral y Babinski + bilateral.

Se deriva a la paciente a Urgencias Hospitalarias, donde tras valoración de la paciente se decide ingreso para estudio. Se realiza RMN de columna que es informada como: invasión del canal dorsal proximal a la altura aproximada de D4-D5 por la gran masa lipomatosa de aspecto no agresivo ya conocida que infiltra toda la pared torácica posterolateral izquierda con hipertrofia crónica benigna de la estructura ósea adyacente (arcos costales, elementos izquierdas del arco posterior de las vértebras implicadas), con crecimiento de ambos hacia el interior del canal condicionando marcada compresión medular si bien no se identifican focos de edema por compresión a nivel intramedular en este momento

Enfoque individual: no alergias a medicamentos.

Obesidad. Hábitos tóxicos: fumadora 1 cachimba al día. No alcohol. Intervenciones: lipoma en espalda recidivado. Tratamiento actual: dexketoprofeno 25 mg, metamizol 575 mg desde hace unos 30 días. Trabajadora en una pizzería. Mrs O.

Enfoque familiar y comunitario: vive con sus padres.

Juicio clínico: masa lipomatosa muscular que infiltra canal vertebral con compresión medular a nivel D4-D5.

Diagnóstico diferencial: mielopatía cervical de causa inflamatoria/desmielinizante.

Tratamiento, planes de actuación: tras realización de pruebas complementarias, se decide intervención quirúrgica de la paciente, realizando una laminectomía D6-D3.

Evolución

Tras la intervención la paciente evolucionó de forma favorable, siendo dada de alta. Actualmente está en seguimiento por Neurocirugía y Rehabilitación.

Conclusiones

La lumbalgia es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria, lo que provoca que, debido a la sobrecarga, se trate de forma rápida, con una exploración somera. Sin embargo, este caso nos recuerda que no todas las causas de lumbalgia son banales, requiriendo todas ellas una correcta exploración.

Palabras Clave

Lumbalgia, Lipoma, Mielitis.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
EXPERIENCIAS DE OTROS
PROFESIONALES
SANITARIOS DE
ATENCIÓN
PRIMARIA**

ÁREA: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS/PLURIPATOLÓGICOS

Nuestra experiencia en pediatría con pacientes crónicos complejos

Muñoz Racero C¹, Ventura Girones N¹, Saperas Pérez C², Santamaria Sacristán S¹

¹ *Enfermera de Familia. CS Plana Lledó. Mollet del Vallès (Barcelona)*

² *Médico de Familia. CS Plana Lledó. Mollet del Vallès (Barcelona)*

Objetivos de la experiencia

Explicar las actividades realizadas por el grupo de trabajo sobre los pacientes pediátricos crónicos complejos (PCC) de nuestro centro de Atención Primaria.

Descripción de la experiencia

En 2020 se pone en marcha el programa PCC Pediátrico en nuestro centro liderado por una enfermera pediátrica. En una primera fase se realiza la detección de los casos PCC: pacientes cuya gestión clínica es especialmente difícil por sus profesionales referentes. Para ello se realizan reuniones con los diferentes equipos pediátricos y una valoración individual de cada caso y para incluir o descartar como PCC. Actualmente se han incluido 25 casos que corresponde a 0.3% de la población.

Casos PCC: 16 niños, 11 niñas. Media de edad 6 años.

Diagnósticos: parálisis cerebral, tetraparesia espástica-distónica, Sd. Kabuki, autismo, ataxia, hidrocefalia.

Actuaciones realizadas: formación, educación sanitaria padres y escuela, valoración presencial conjunta: médica, enfermera, social. Registro, actualización historia, planes individualizados y

contacto con tercer nivel para un trabajo compartido y multidisciplinar.

Conclusiones

La creación del equipo multidisciplinar ha servido para detectar los casos PCC de nuestra población, siendo el primer paso para la atención personalizada que estos menores necesitan, tanto a nivel médico, como de curas, seguimiento, y valoración de la afectación/impacto de las enfermedades en la familia. La búsqueda activa de casos nos ha hecho ver la necesidad de la creación de equipos multidisciplinarios que coordinen la atención de pacientes PCC y ayuden a sus equipos referentes en su manejo. También hemos constatado que existe una infra detección de casos, así como un desconocimiento en Pediatría sobre el tema. La experiencia ha sido valorada positivamente por parte de las familias y el equipo.

Aplicabilidad

La creación de equipos multidisciplinarios para el manejo de PCC se puede replicar en los centros de Atención Primaria para un mejor manejo de estos casos.

Palabras Clave

Pediatrics, Multiple Chronic Conditions, Pediatric Nurses.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
EXPERIENCIAS DOCENTES
MÉDICO DE FAMILIA**



ÁREA: URGENCIAS

Formación en soporte vital avanzado en tiempos de COVID19

Carbajo Martín L, López Rodríguez Pacheco M, Rivera Rubiales G

Médica de Familia en SCCU. AGS Norte de Huelva

Objetivos de la experiencia

Realizar formación específica de soporte vital avanzado adaptado a recomendaciones COVID19.

Descripción de la experiencia

Durante 2020 toda la formación se paralizó a causa de la pandemia. Las labores asistenciales prevalecieron y los equipos de trabajo se centraron en la contención de la enfermedad.

En mayo de 2020 el Consejo Europeo de RCP avanzó las recomendaciones de actuación en soporte vital ante sospecha de enfermedad de COVID19 ya que durante los primeros meses las actuaciones no estaban claras. Estas recomendaciones se transmitieron en todos los servicios de urgencia pero hasta el segundo semestre no hubo autorización para la realización de cursos prácticos.

La formación en soporte vital avanzado requiere de entrenamiento en habilidades prácticas, no sólo conocimientos teóricos por lo que se realizó un curso de soporte vital avanzado con recomendaciones COVID19. Esto supuso realizarlo con equipos de protección individual y medidas de seguridad en todos los talleres. Los alumnos y docentes portaron en todo momento batas, mascarillas quirúrgicas y en las prácticas pantallas faciales además de guantes.

El curso tuvo un porcentaje de asistencia del 80% con 100% de aprobados y 9,5 de satisfacción. Se realizaron cambios funcionales en el servicio de urgencias para mejorar la preparación de los espacios tras análisis y propuestas de mejora por los profesionales.

Conclusiones

La pandemia ha provocado importantes cambios organizativos en todos los servicios y al inicio, sobre todo, supuso una parálisis en todos los procesos formativos pero la práctica de habilidades es fundamental, sobre todo en reanimación cardiopulmonar. La experiencia de realizar esta formación con simulaciones muy cercanas a la realidad ayuda y contextualiza al alumnado para conseguir mejor preparación para el trabajo diario. Es fundamental mantener dicha formación.

Aplicabilidad

La formación en soporte vital es fundamental para el médico de familia tanto a nivel de urgencias como de Atención Primaria donde cualquier paciente puede sufrir patología grave.

Palabras Clave

Formation, Cardiopulmonary Resuscitation, COVID19.

ÁREA: COMUNICACIÓN/TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Sesiones clínicas "seguras" en época COVID-19

Moreno Martos H¹, Fuentes Angulo I², García Martínez L³, Zapata Martínez M¹

¹ Médico de Familia. CS Virgen del Mar. Almería

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

Objetivos de la experiencia

Organizar sesiones clínicas “de forma segura” en nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) en época de COVID19.

Descripción de la experiencia

La prohibición de reuniones presenciales en los centros de salud se prolongó más allá del fin del estado de alarma. En este escenario, nos planteamos tutores y residentes de nuestra UGC hacer sesiones utilizando la plataforma Jitsi Meet, las ventajas son: gratuidad, sin límite de tiempo, posibilidad de compartir pantalla, levantar mano, silenciar grupo... etc. Y poder verla en un portátil, móvil, tablet. (cada uno desde su consulta o desde su casa).

Nuestra UGC tiene 5 consultorios locales. Tenemos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, residentes de otras especialidades, alumnos de medicina y enfermería.

En primer lugar, creamos un calendario de sesiones clínicas, publicitábamos la sesión a través del WhatsApp del grupo de formación y del grupo de residentes y tutores de la UGC, con título, fecha, hora, nombre del docente o docentes y enlace de la sesión (creado por el docente).

El docente daba la sesión desde casa con su ordenador y el resto lo veíamos en la APP de la plataforma.

Posteriormente, el docente enviaba la presentación que se distribuía a través del WhatsApp al grupo de formación.

Conclusiones

Durante el periodo, octubre 2020-marzo 2021, los residentes tuvieron la oportunidad de impartir 12 sesiones clínicas. En cada sesión se conectaba más del 70% de profesionales de la UGC. Se conectaban otros profesionales, antiguos residentes, residentes de otros centros de salud y las sesiones eran más participativas.

Aplicabilidad

Nuestra UGC es muy dispersa, este tipo de modalidad de sesiones, nos conectó, creó un punto de encuentro virtual semanal que pudo paliar la sensación de aislamiento y soledad en algunos consultorios. Nuestros residentes pudieron hacer esta actividad formativa durante este periodo de formación.

Palabras Clave

Primary Care, Clinical Session, COVID19.

ÁREA: DOCENCIA

Reinventarnos en tiempos de pandemia

Martínez Navarro I¹, Cabrera Rodríguez C², Martín Romera R², Lupiáñez Rodríguez M¹

¹ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

² MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Caleta. Granada

Objetivos de la experiencia

Debido a la pasada pandemia bien es sabido que la actividad asistencial se redujo en los centros de salud, pero también y no por ello menos importante, la actividad docente desapareció completamente. Nuestro CS es un centro docente en el que se forman Médicos Internos Residentes anualmente. Se vio peligrar nuestra formación, no sabíamos cuánto iba a durar el estado en el que nos encontrábamos, por lo que decidimos reinventarnos. Buscamos soluciones para suplir, en la medida de lo posible, esas carencias docentes que nos estaba entorpeciendo nuestra formación.

Descripción de la experiencia

Se decidió, de forma conjunta, Médicos adjuntos y Médicos Internos Residentes, buscar alternativas formativas. Optamos por realizar sesiones virtuales semanales. De forma que cada tutor y sus respectivos residentes se encargaban de preparar un tema que debían presentar a lo largo de la semana. Los temas y las vías de comunicación fueron muy variados: hicimos uso de vídeos simuladores, de plataformas como YouTube para compartir nuestras sesiones, cuestionarios de Google pre y post exposición,

Cuestionarios de Quizizz... Hicimos volar nuestra imaginación.

Conclusiones

Cierto es que esta actividad no suplió por completo la gran carencia formativa, pero nos ayudó a paliar y a continuar activos durante esa época de incertidumbre, entre llamadas telefónicas, que lejos de ser el médico de familia de tus pacientes, eras un cortafuegos momentáneo. Además, esta experiencia sirvió para mantener viva la relación tutor-residente, así como mejorar la relación entre el equipo CS.

Aplicabilidad

Esta experiencia nos ha servido para avanzar en nuestra formación, no solo a los Médicos Internos Residentes, sino también a los Adjuntos; como bien se dice "Un médico nunca deja de estudiar" y mucho menos nosotros, los Médicos de Familia. Haber descubierto nuevas herramientas formativas hará que las incorporaremos a nuestras sesiones habituales postpandemia.

Palabras Clave

Teaching, Methods.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
EXPERIENCIAS
MÉDICO DE FAMILIA**



ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

"Mujer al completo". Una experiencia posible y permanente

Castelló Losada M¹, Rincón Galván M², Añez Martínez B², Castro Rosales L³

¹ Médica de Familia. CS Gran Capitán. Granada

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Gran Capitán. Granada

³ Responsable de evaluación y resultados en Salud. DS Granada Metropolitano. Granada

Objetivos de la experiencia

Comunicar la experiencia de nuestra provincia respecto a desarrollo del programa de la mujer. Los médicos de familia (MF), hemos introducido aspectos novedosos para mejorar la atención a la mujer y la formación de los profesionales.

Descripción de la experiencia

En el año 81, un grupo ilusionado de MF observaron y estudiaron necesidades especiales en las mujeres de su entorno y comenzaron a diseñar estrategias, movilizar personas y recursos (escasos), para apoyar y dar respuesta a ellos.

En 40 años se ha conseguido atender al completo todas estas necesidades: planificación familiar (incluyendo la inserción/retirada de DIU e Implantes), salud sexual, diagnóstico precoz de cáncer de cérvix, atención al embarazo y puerperio, menopausia, atención precoz al cáncer de mama, manejo de las ETS, atención al aborto.

Además, toda esta actividad se ha transmitido de forma reglada, con ilusión y cariño a otros compañeros: formación itinerante por diferentes centros de la provincia y ciudades de Andalucía y a los médicos en formación que rotan con

nosotros, no sólo de nuestra provincia y comunidad, sino de otras comunidades autónomas donde no se realizan estas actividades y técnicas. Desde la década de los noventa hemos recibido más de 200 residentes externos de 14 comunidades, que posteriormente han puesto en práctica su aprendizaje.

Conclusiones

Es posible, prestando la máxima calidad, proporcionar todos los servicios de salud a la mujer desde la AP. Esta experiencia se debe contagiar y expandir a otras provincias y comunidades para evitar inequidades y darle prestigio a la AP.

Aplicabilidad

Se ha puesto en evidencia, con el ejemplo histórico y permanente de nuestra provincia, la total aplicabilidad de este proyecto. Nos sentimos orgullosos de enseñar y transmitir nuestros conocimientos, nuestro deseo de mejorar en esta área, al resto de compañeros que lo solicitan y desean.

Palabras Clave

Atención, Mujer, Seguimiento.

ÁREA: OTROS...

Una experiencia europea: participación en la acción cost enable con 39 países

González González K¹, Blanco-Montalvez L², Barnestein-Fonseca P³, Leiva-Fernández F¹, Aguiar Leiva V⁴

¹ Médico de Familia. CS. Puerta Blanca. UU.DD MFyC. Málaga

² Médico de Familia. CS. Coín. UU.DD de MFyC. DS Málaga-Guadalhorce

³ Instituto Cudeca de Estudios e Investigación en Cuidados Paliativos, Fundación CUDECA; Instituto de Investigación Biomédica de Málaga-IBIMA.

⁴ UU.DD de MFyC. DS Málaga-Guadalhorce.

Objetivos de la experiencia

1) Desarrollar las actividades derivadas de la participación en la Acción COST ENABLE en España, relacionadas con: (a) crear conciencia sobre la tecnología para mejorar la adherencia a medicación (TAM). (b) fomentar, ampliar y transferir el conocimiento multidisciplinario sobre TAM a nivel del paciente, tratamiento y sistema sanitario. (c) promover implementación económicamente viable de TAM en Europa. 2) Creación de un grupo multidisciplinar, a nivel del estado español para el desarrollo de la Acción COST. 3) Impulsar iniciativas relacionadas con la mejora de la adherencia al tratamiento en nuestro país. 4) Implicar a jóvenes investigadores para que adquieran conocimiento y experiencia investigadora en el ámbito de la adherencia al tratamiento.

Descripción de la experiencia

1) Constitución grupo español COST ENABLE: 2 Representantes (+3sustitutos) designados por Instituto Salud Carlos III; otros profesionales identificados mediante procedimiento de bola de nieve. Captación activa de profesionales jóvenes: residentes de enfermería y medicina de familia, estudiantes de ingeniería de salud y máster de cuidados paliativos (Unidad docente de Málaga y Cudeca). 2) Actividades realizadas: primera reunión grupal. Encuestas sobre Buenas

prácticas, necesidades de aplicación y financiación de TAM; contactos con: organizaciones de pacientes, y responsables de actividades comunitarias y tecnologías del Servicio Andaluz de Salud. Participación en Noche Europea de Investigadores. 3) Actividades previstas: reuniones periódicas del grupo, actos del Día Mundial de la Adherencia, acreditación como centro asociado al “Expertise Centre Netherlands..”

Conclusiones

Trabajar en red colaborativa y multidisciplinar permite alcanzar objetivos de investigación y transferencia de resultados de manera más eficiente.

Aplicabilidad

Consolidar grupo multidisciplinar español ENABLE permitirá: ampliar conocimientos-soluciones mediante TAM; desarrollar futuros proyectos sobre coste-efectividad de TAM; mejorar implicación de pacientes, profesionales y gestores en el uso de TAM; 4) desarrollar una estrategia común (centro experto) que permita un uso más eficiente de los recursos.

Palabras Clave

Adherencia Medicación, Nuevas Tecnologías.

ÁREA: COMUNICACIÓN/TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Experiencia de la creación de una consulta telemática por email y su evaluación al año

Luis Moreno C¹, Pardo Álvarez J², García Prat M², Carrero Morera M³

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² Médico de Familia. CS El Torrejón. Huelva

³ MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

Objetivos de la experiencia

Conocer el grado de satisfacción de nuestros pacientes respecto a las consultas por email y la aplicabilidad de la misma.

Descripción de la experiencia

Hemos realizado una encuesta por email a todos aquellos pacientes que han realizado alguna consulta por este medio a lo largo de la pandemia.

Analizamos tanto la edad media y sexo de los como las veces que se ha consultado, si ha resultado fácil y cómodo su uso, si se han enviado o no documentos, si finalmente se resolvió el problema y si el tiempo transcurrido hasta la resolución resultó adecuado. También indagamos en aspectos comunicativos como si consideraron que el médico se expresó de forma clara y cordial y si se dieron con claridad las indicaciones para tratar el motivo de consulta.

Finalmente, si consideraban este método adecuado y si lo utilizaría una vez acabara la pandemia y para qué finalidad, así como las ventajas que supone el mismo.

Conclusiones

La mayoría de nuestros pacientes (de 80 respuestas) fueron mujeres de 33-45 años.

Consultaron 1-2 veces, adjuntando fotografías, resultándoles fácil y cómodo realizarla, solucionándose la consulta en un tiempo considerado como correcto en el 95%. Las explicaciones las percibieron como claras y comprensibles con un trato cordial.

Mayoritariamente concluyeron que usarían el email al acabar la pandemia (el 73,8% de los encuestados) para solicitar renovación de medicación, pequeñas consultas y trámites burocráticos y apuntaron como ventaja de este método el ahorro de tiempo, la accesibilidad, rapidez y efectividad de la respuesta. Un 86,3%, quedó muy satisfecho (4-5/5).

Sin embargo, seguían prefiriendo la consulta telefónica o por videoconferencia (como sugerencia) sobre este método.

Aplicabilidad

Mejorar la eficacia y optimizar el tiempo de consulta, así como el aumento de la accesibilidad de la consulta para pacientes jóvenes.

Palabras Clave

Correo, Consulta, Satisfacción.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
EXPERIENCIAS
MIR DE MFyC**



ÁREA: GESTIÓN CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA

¿Cuándo codificaremos bien? ¿es importante codificar?

Serrano Vázquez P¹, Tena López J², Fernández Criado J³, Tena López J²

¹ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Juan de Aznalfarache. Sevilla

² MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tomares. Sevilla

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Clara Campoamor. Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Objetivos de la experiencia

Conocer la necesidad y optimizar la codificación de la información generada en el proceso asistencial.

Descripción de la experiencia

La codificación es un proceso arduo, que inicialmente nos cuesta enormemente y no le encontramos el sentido práctico. En especial se hace difícil en nuestro ámbito por el escaso tiempo que disponemos para dar asistencia a nuestros pacientes también existen otros problemas como el uso de distintos sistemas (como la CIE-10 muy utilizada en hospitalaria). Sin embargo, este sistema es lo que nos permite poder analizar los datos obtenidos en la práctica clínica.

El sistema más utilizado en las consultas de Atención Primaria es CIAP-2 que con más de mil códigos permite el análisis de tres componentes que suceden en la consulta: la razón de la misma,

los problemas de salud atendidos y el proceso de atención.

Conclusiones

La codificación de los datos obtenidos en la práctica clínica puede ser tediosa, pero es de enorme importancia para poder unificar criterios y poder realizar una gestión sanitaria adecuada y futuros proyectos de investigación.

Una formación en el proceso de codificación y la unificación del mismo es esencial para mejorar el proceso asistencial pudiendo así poder utilizar de una manera óptima la información generada.

Aplicabilidad

Toda información codificada permitirá su análisis y comparación posteriores, por lo que se debería seleccionar la mayor cantidad de información posible.

Palabras Clave

Codificación, CIAP-2, CIE-10.

ÁREA: BIOÉTICA

Importancia de la prevención cuaternaria

Martinez del Mármol Martinez A, Oliveira Días C, Luque de Haro E

MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Santa Ana, Motril (Granada)

Objetivos de la experiencia

“Primum non nocere”

Descripción de la experiencia

El encarnizamiento terapéutico está en gran parte de las actuaciones médicas realizadas en el día a día, y debemos de aprender a descubrirlo.

La prevención cuaternaria es el conjunto de medidas que tratan de evitar o atenúan las posibles consecuencias perjudiciales sobre los pacientes tras cribados, diagnósticos y tratamientos del sistema sanitario. Su idea principal es disminuir la incidencia de iatrogenia, evitando el sobrediagnóstico y el sobretratamiento de los pacientes. Su aplicación debe ser en toda actuación médica. Si se realizara una correcta prevención cuaternaria se prevendría el efecto de cascada diagnóstica y terapéutica, además de la sobremedicación.

Ejemplos: mujer de 80 años que acude a su médico de Atención Primaria para que le prescriba metoclopramida, va a iniciar una quinta línea de tratamiento de quimioterapia con dorrubicina liposomal. La paciente tiene una neoplasia de mama luminal bilateral extendida y

tras todos estos tratamientos no tiene esperanzas. Nadie le ha ofrecido a la paciente cuidados paliativos. Hombre de 85 años que tiene en la tarjeta metidos 20 fármacos, prescritos por todas las revisiones que va realizando. Está tomando dos pastillas para el colesterol, debido a que en su última revisión se la cambiaron, pero él no se enteró bien. Lo ideal es revisar siempre los medicamentos por interacciones, pero también quitar de la tarjeta el que se retire. Mujer de 40 años que lleva 20 años con trankimazin 0,5 mg, sin ningún seguimiento médico. Lo ideal sería comenzar con la deshabitualización de dicha medicación.

Conclusiones

Lo ideal de esta prevención sería recuperar el principio “Primum non nocere”, es una cuestión social y debería de estar en todo acto sanitario.

Aplicabilidad

Evitar el sobrediagnóstico y sobremedicación, evitando la cascada terapéutica.

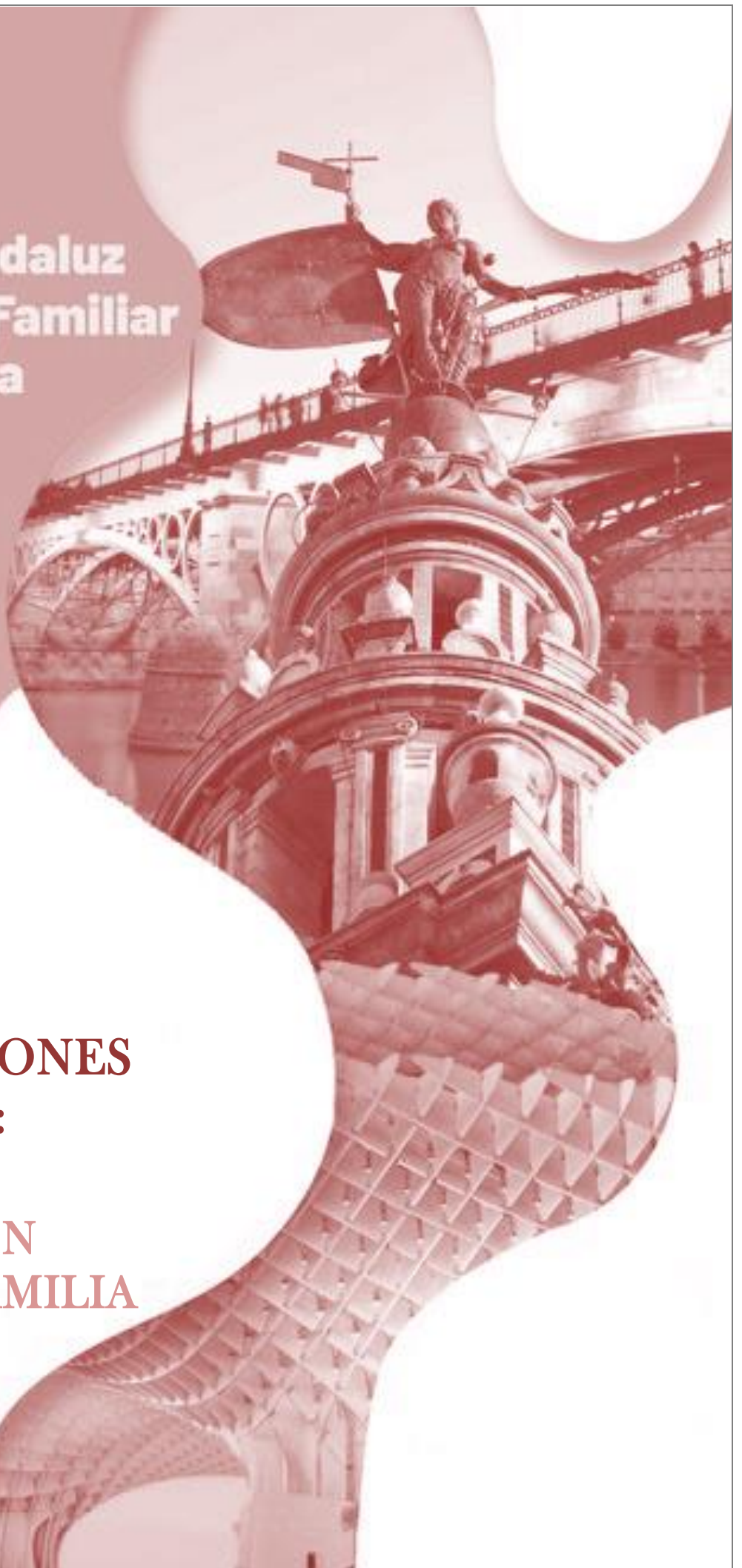
Palabras Clave

Prevención.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
MÉDICO DE FAMILIA**



ÁREA: OTROS...

Dificultades y oportunidades para la oferta de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria

Pérez Milena A¹, Zafra Ramírez N², Ramos Ruíz J³, Jurado Sánchez I⁴, Pérez Durillo F⁴, Leal Helmling F⁵

¹ Médico de Familia. Doctor en Medicina. CS. El Valle. Jaén

² Médico de Familia, UD Multiprofesional. DS Jaén-Jaén Sur

³ Técnico de Salud. UD Multiprofesional. DS Norte-Nordeste de Jaén

⁴ Médico de Familia. CS Baños. Jaén

⁵ Médico de Familia. CS Úbeda. Jaén

Objetivos

Conocer las dificultades y oportunidades para ofertar actividades preventivas/de promoción de la salud por los médicos residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria (Medicina Familiar y Comunitaria), valorando aspectos formativos, habilidades, determinantes personales y estilos de vida.

Material y métodos

Diseño: metodología cualitativa, método fenomenológico, estudio explicativo.

Ámbito: dos unidades Docentes Multiprofesionales de Medicina Familiar y Comunitaria

Sujetos: mIR de Medicina Familiar y Comunitaria y médicos/as de familia tutores elegidos por informantes clave. Criterios de homogeneidad (año trabajando) y heterogeneidad (edad, sexo, oferta real de actividades preventivas). El muestreo será intencional estratificado por localidades hasta saturar la información.

Variables: guion semiestructurado que recoge aspectos formativos, habilidades y determinantes personales.

Intervenciones: recogida de información mediante entrevistas grupales (grupos focales) videograbadas [60 minutos, 6-8 participantes] hasta saturar la información.

Análisis: transcripción literal de las entrevistas para análisis cualitativo: codificación (lectura, asignación de códigos y creación de categorías - NVivo-); triangulación de categorías; obtención y verificación de resultados (análisis de contenido y exploración de conexiones entre claves).

Limitaciones: los resultados no se pueden extrapolar a otras poblaciones de características o tipo de formación diferentes. Sesgo de selección y de deseabilidad social.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Conocer de forma holística las debilidades y fortalezas de la formación MIR sobre prevención y promoción de la salud, y su relación con determinantes personales/profesionales puede ayudar a mejorar la docencia en este campo e implementar la oferta de estas actividades en la consulta.

Aspectos ético-legales

Evaluación por Comité de Ética, consentimiento informado y confidencialidad de datos personales (LO 3/2018). Custodia y destrucción posterior de videograbaciones (ICC/ESOMAR).

Financiación

No.

Palabras Clave

Qualitative Research, Internship and Residency, Professional Training, Disease Prevention, Health Promotion, Primary Health Care.

ÁREA: DERMATOLOGÍA/DERMATOSCOPIA

Telederma en nuestro CS

Moreno Martos H¹, García Guil L², Fuentes Angulo I³, García Martínez L⁴, García Olea A⁴, Zapata Martínez M¹

¹ Médico de Familia. CS Virgen del Mar. Almería

² MIR 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

³ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

⁴ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

Objetivos

Analizar las características de teleconsultas a dermatología realizadas de mayo-octubre 2021. Evaluar la posible capacidad resolutoria de la Telederma. Observar el tiempo de respuesta de dermatología. Conocer el porcentaje de pacientes que requieren derivación presencial.

Material y métodos

Diseño: descriptivo.

Lugar de realización: atención Primaria.

Criterios de selección: teleconsulta a dermatología durante el periodo desde mayo-octubre 2021.

Número de sujetos necesarios: 450 teleconsultas hechas.

Variables a estudio. Características de pacientes: edad, sexo, patologías previas, antiagregantes, anticoagulantes. Característica de teleconsulta: motivo, tipo de lesión, localización, tiempo evolución, tipo de fotografía (clínica, dermatoscopia), sospecha diagnóstica: patología ungueal, prurito, psoriasis, quiste epidérmico, urticaria, verruga vulgar, lipoma, lentigo actínico, queratosis seborreica, queratosis actínica, otras dermatosis, acné, alopecia, dermatosis seborreica, dermatitis atópica, eczema, c. basocelular, c. espinocelular, otro cáncer piel.

Tiempo de respuesta de dermatología.

Resolución de la consulta: cita presencial, tiempo en citar. Tratamiento. Alta.

Análisis estadístico: univariable: cualitativas: distribución de frecuencias. Cuantitativas: media, mediana, rango, desviación estándar (DE), e intervalo de confianza 95%. Bivariable: variables

cualitativas: test de chi² o prueba exacta de Fisher. Variables cuantitativas: mediante el test de la t de Student y/o el análisis de la varianza (ANOVA) cuando la muestra siga una distribución normal. Se aplicarán test no paramétricos en caso contrario. Todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error < 0.05.

Limitaciones del estudio: infraregistro en historia clínica.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Las nuevas tecnologías se están incorporando a la medicina, en este periodo de pandemia que hemos vividos, se han implementado con más fuerza y mayor rapidez algunas herramientas que ya conocíamos pero que todavía no estaban totalmente implantadas. En nuestra UCG desde mayo 2021, solo existe la posibilidad de realizar Teleconsulta a dermatología, no existe otra vía de derivación. El proyecto hará un análisis de estas teleconsultas y se podrá evaluar si todo lo que derivamos a derma tiene que ser por teleconsulta o puede existir la posibilidad de derivar directamente presencial en determinadas patologías, presentando estos resultados a la UGC de dermatología con el fin de proponer áreas de mejora en esta nueva modalidad que estamos utilizando.

Aspectos ético-legales

Las teles consultas realizadas, el paciente ha dado su consentimiento, no realizamos ninguna intervención. El proyecto se enviará a la comisión de investigación del DS.

Financiación

No.

Palabras Clave

Dermatology, Primary Health Care, Dermoscopy.

ÁREA: ENDOCRINO

Estudio de prevalencia de patología tiroidea en el área de Marchena

Narváez Martín A¹, Navarrete Martínez E²

¹ Médico de Familia. CS Marchena. Sevilla

² Médico de Familia. CS Marchena. AGS Osuna. Sevilla

Objetivos

Principal: estimar la prevalencia de patología tiroidea en el CS Marchena, mediante prescripción de fármacos relacionados con la patología tiroidea (levotiroxina, tirodril, eutirox) y comparar los resultados con los de otras regiones.

Específicos: conocer las características socio demográficas de estos pacientes. Hacer una revisión del manejo de estos pacientes y el seguimiento que se realiza.

Material y métodos

Metodología. *Diseño:* estudio observacional, transversal o de prevalencia.

Ámbito del estudio: cS Marchena.

Población: pacientes que tengan prescrito en receta XXI medicación relacionada con la patología tiroidea.

Muestra: número total de sujetos de 14 años o más del SSPA que estén dados de alta en la aplicación informática DIRAYA y asignados al CS Marchena.

Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, de 14 años ó más, que tengan prescrito en receta XXI un medicamento relacionado con patología tiroidea.

Criterios de exclusión: cualquier sujeto que no cumpla los criterios de inclusión.

Variables. Variables socio-demográficas del paciente: edad. Sexo.

Variables relacionadas con la enfermedad/tratamiento: años desde el diagnóstico. Patología tiroidea. Prueba de imagen. Seguimiento en Atención Primaria o Medicina Interna/Endocrinología. Otras patologías asociadas. Otros fármacos.

Recogida de datos: toda la información correspondiente a las variables medidas se registrarán en formato papel y electrónico. Formato papel: hoja de recogida de datos diseñada para tal efecto. Formato electrónico: toda la información recogida en formato papel, se volcará en una tabla "Excel".

Procedimiento estadístico. Análisis estadístico univariado mediante frecuencia (absoluta y relativa) de las variables cualitativas; cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación típica) y amplitud en las cuantitativas. Y análisis bivariado (ji-cuadrado, T-Student, ANOVA, $p < 0,05$), para la comparación de variables cuantitativas. Se realizará con el paquete estadístico SPSS.

Cronograma. La recogida de datos de la historia clínica digital se realizará durante los meses de noviembre y diciembre de 2021, y la realización de la tabla Excel. En el mes de enero de 2022 se hará el análisis estadístico, y se discutirán los resultados.

Medios disponibles para la realización del proyecto. Material Inventariable: informatización de historia clínica en Diraya. Software para la recogida de información. SPSS para el análisis de datos. Personal: colaboración de los Residentes en formación de Medicina Familiar y Comunitaria.

Limitaciones del estudio: no tener actualizada la medicación relacionada con la patología tiroidea en el momento de la recogida de la base de datos. Pacientes que estén compartidos con consultas privadas.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Los resultados nos ayudarían a conocer la prevalencia de la patología tiroidea en el entorno y estudiar a la población para identificar posibles factores de riesgo asociados al área, así como hacer una revisión del correcto diagnóstico y adecuado tratamiento.

Aspectos ético-legales

Solicitado permiso a la unidad y al comité de ética para valoración, garantizando la protección de datos.

Financiación

No existe financiación.

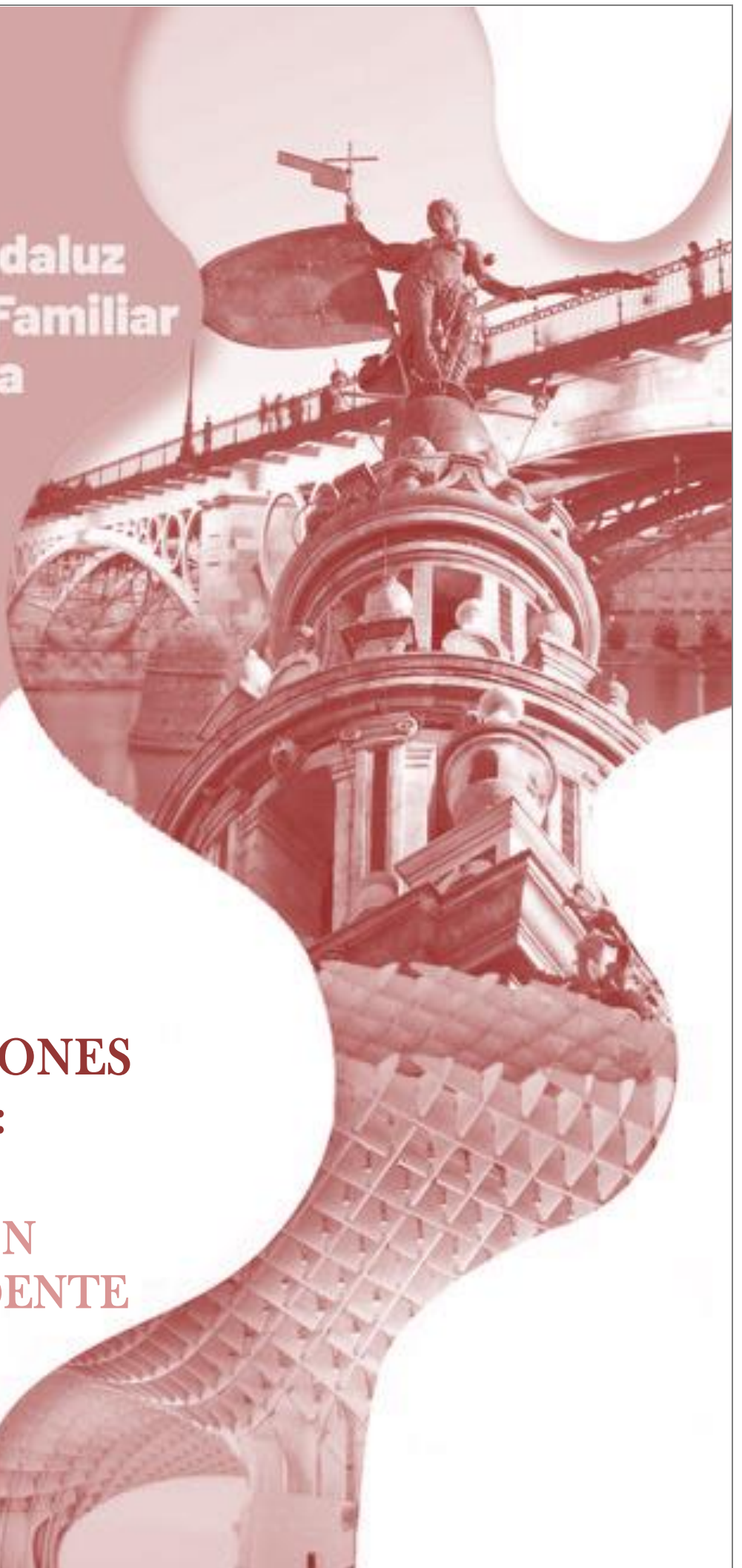
Palabras Clave

Patología Tiroidea, Estudio Observacional.

28º

**Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC**

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
MÉDICO RESIDENTE**



ÁREA: OTROS...

“Del aplaudo a la agresión: estudio de las agresiones en centros sanitarios de Huelva”

Lorente Callejo M¹, ayora Rodríguez M², Medero Canela R³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado (Huelva)

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

³ Médico de Familia. UD Multiprofesional Huelva

Objetivos

Principal. Determinar la prevalencia de agresiones al personal sanitario de urgencias hospitalarias, extrahospitalarias y en Atención Primaria.

Secundario. Estudiar el perfil de profesional agredido: edad, sexo, categoría profesional. Estudiar el perfil del agresor: edad, sexo, formación. Valorar si existen diferencias del trato por parte de los pacientes, en función del medio de atención.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo mediante cuestionario heteroadministrado anónimo dirigidos a profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, auxiliares, celadores) del Hospital Infanta Elena. CS Bollullos y CS “El Torrejón”.

Como criterios de inclusión, toda aquella persona activa durante el periodo de pandemia que continúe ejerciendo en la actualidad y que acepte participar en el estudio.

Para llevarlo a cabo, estudiaremos las siguientes variables mediante análisis estadístico descriptivo con programa SPSS con versión 21: edad, sexo, categoría profesional, tipo de agresión, motivo de la agresión (tiempo de espera, trato recibido, actuación según categoría profesional...) número de agresiones, si ha precisado la ayuda de algún compañero, si ha precisado ayuda por parte de equipo de seguridad (en caso de que existan), conocimiento del protocolo establecido en caso de agresión, si se ha

realizado denuncia a fuerzas del estado, detección de cambios en periodo de pandemia y posterior a la misma.

Para el estudio bivariante se realizará contraste de estudio más adecuado en función de las variables.

Entre las limitaciones encontraremos el rechazo a la participación en el estudio y la mayor participación del personal con peor experiencia, por ello plantearemos el tratamiento del tema de forma aséptica y fomentaremos la participación.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Mediante este estudio pretendemos analizar situación actual para en el futuro dar mayor difusión a los protocolos y plantear futuros estudios.

Aspectos ético-legales

Se cumplirá los preceptos éticos de la investigación básica en seres humanos. Previa información de los objetivos y características del estudio, se obtendrá el consentimiento informado de los profesionales sanitarios participantes en la investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos. Se solicitará aprobación de Comité de Ética.

Financiación

No existe ningún tipo de financiación en el estudio.

Palabras Clave

Agresión, Seguridad, Estudio Observacional.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Estudio sobre citología y virus del papiloma humano

Corona Verano S¹, Navarrete Martínez E², Alves Martins A², Cano González C², Galdeano Osuna M³, Candela Doña A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez Sánchez. Sevilla

² Médico de Familia. CS Marchena. AGS Osuna. Sevilla

³ MIR 4º año en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Valle. Écija (Sevilla)

Objetivos

El objetivo principal es comprobar si el cribado de cáncer de cérvix es útil para el diagnóstico precoz de las lesiones y el grado de conocimiento de este cribado entre la población femenina de un CS.

Los objetivos secundarios son conocer las características sociodemográficas de las pacientes que acuden y conocer los factores de riesgos para la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Material y métodos

Diseño: estudio observacional, transversal o de prevalencia.

Ámbito del estudio: centro de Atención Primaria de Marchena (Sevilla).

Población: todas las mujeres que acudan al CS a realización de citología que cumplan criterios de inclusión y otorguen el consentimiento informado.

Criterios de inclusión: todas las mujeres mayores de 25 años y menores de 65 que acudan a realizarse una citología al CS en los meses que se realiza el estudio independientemente de estar incluidas en el PAI ca cérvix/útero.

Criterios de exclusión: ninguno.

Variables del estudio: sociodemográficas: edad, sexo, estudios, profesión. Relacionadas con el cribado: conocedoras de este, cómo han solicitado la prueba, tiempo desde la última citología. Variables relacionadas con el riesgo de padecer VPH: número de parejas sexuales, tabaquismo.

Análisis estadístico univariado mediante frecuencia (absoluta y relativa) de las variables cualitativas; cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación típica) y amplitud en las cuantitativas. Y análisis bivariado (ji-cuadrado, T-Student, aNOVA, $p < 0,05$), para la

comparación de variables cuantitativas. Se realizará con el paquete estadístico SPSS.

Cronograma: octubre de 2021 a febrero de 2022 aproximadamente.

Material inventariable: informatización de historia clínica en Diraya. Software para la recogida de información. SPSS para el análisis de datos?

Limitaciones del estudio: pacientes que tienen seguimiento y realización de citología en ámbito privado.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Con los resultados del análisis estadístico conoceremos la utilidad del programa de cribado, así como el grado de cumplimiento dentro de la población. Conoceremos las características socio demográficas y el grado de conocimiento del programa. Todo ello nos podrá ayudar a fomentar el uso del cribado dentro de la población de mujeres de Marchena, para realizar una búsqueda activa de mujeres si fuese necesario. Además, hacer una campaña para concienciar sobre los factores de riesgo de padecer VPH.

Aspectos ético-legales

Se llevará a cabo de acuerdo con el protocolo basado en los principios éticos descritos en declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. El investigador deberá firmar un modelo de compromiso y confidencialidad y además es el responsable de proporcionar a los sujetos la información oral y escrita. Los candidatos solo serán incluidos después de aceptar por escrito el consentimiento informado aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

Financiación

No consta de financiación.

Palabras Clave

Human Papillomavirus, Uterine Cervical Neoplasms, Cancer Screening.

ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Estudio de la prevalencia de contagios y complicaciones en la población vacunada para el COVID-19 en la zona básica de Úbeda

Cullishpuma Miranda H, Roda Gómez M

MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Gavellar. Úbeda (Jaén)

Objetivos

Principal: determinar la prevalencia de infectados por COVID 19 tras vacunación, además de la sintomatología y las complicaciones más frecuentes.

Secundarios: comorbilidades más frecuentes en aquellos que ingresaron o acabaron en exitus. Comparar la efectividad de las vacunas en población diana con la dada en las diferentes fichas técnicas de las mismas, así como su variabilidad en nuestra población.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal descriptivo con el fin de determinar la prevalencia de sujetos infectados por COVID-19 tras vacunarse con pauta parcial o completa.

La población de estudio se centra en varones y mujeres de Úbeda, Canena y Rus que recibieron la vacuna desde el inicio de vacunación hasta julio del 2021 teniendo, al menos, una dosis de la vacuna.

Como criterios de inclusión se estableció a todo el censo de población de dichas localidades incluyendo a los desplazados. Como criterios de exclusión se estableció a aquellas que no recibieron ninguna de las vacunas disponibles, independientemente del motivo de rechazo.

Los datos relativos a la vacunación de cada localidad se obtuvieron del registro de vacunación del DS, mientras que la información de los pacientes incluidos en este estudio se obtuvo por parte CS Úbeda mediante el rastreo de casos positivos con sus contactos.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Uso en los futuros estudios de mayor rigor metodológico para establecer hipótesis. Planeación e intervención en población diana del estudio como la necesidad de dosis extras en aquellas personas con mayores comorbilidades. Valoración de la efectividad en la población de las diferentes vacunas utilizadas. Variabilidad de la efectividad de la vacunación en diferentes poblaciones diana.

Aspectos ético-legales

En el estudio se tiene en cuenta la protección, confidencialidad y la salvaguarda de los datos.

Financiación

No hubo financiación.

Palabras Clave

Infecciones por coronavirus, neumonía viral, síndrome respiratorio agudo grave, neumonía viral, vacunas ARN, vacunas partículas similares a virus.

ÁREA: ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Identificación y abordaje de los factores relacionados con la malnutrición en pacientes mayores de 75 años en Atención Primaria

García Guil L¹, Bermudo Fuenmayor S², Marculeta Gutiérrez M², García Martínez L³, García Olea A³, Fuentes Angulo I⁴

¹ MIR 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

² Enfermera. CS Virgen del Mar. Almería

³ MIR 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

⁴ MIR 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Virgen del Mar. Almería

Objetivos

Objetivo General. Desarrollar un sistema de valoración integral de la nutrición en pacientes >75 años, así como una estrategia de intervención en el entorno comunitario. Objetivos específicos: determinar la prevalencia de malnutrición en pacientes >75 años. Identificar los factores asociados a la malnutrición. Desarrollar una estrategia de intervención integral, que permita el abordaje de los factores asociados a la malnutrición, así como las necesidades nutricionales de estos usuarios.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Lugar de realización: cS/domicilio.

Nivel de atención sanitaria: atención Primaria.

Criterios de selección: pacientes >75 años

Número de sujetos necesarios: 1130 pacientes. Para una prevalencia del 12% con un nivel de confianza del 95% con una precisión del 5% tenemos un tamaño de muestra de 142 pacientes.

Muestreo: aleatorio simple.

Intervenciones: se pasará una valoración integral al paciente y se realizará una analítica con perfil nutricional.

Variables: medicación. Comorbilidad. Escala de Golberg. Índice de Barthel. Escala de Downton. Escala de carga del cuidador de Zarit. Escala de Lawton. Minimal. Nivel educativo/cultural. Estado civil. Cuidador(si/no). Hábitos. Variables analítica: proteínas totales, prealbumina, transferrina, etc. MC.

Análisis estadístico propuesto. Análisis univariable: v. cualitativas: distribución de frecuencias. V. cuantitativas: media, mediana, rango, desviación estándar (DE), e intervalo de confianza al 95%.

Análisis bivariable: cualitativas: test de chi² o prueba exacta de Fisher. V. cuantitativas: mediante el test de la t

de Student y/o el análisis de la varianza (ANOVA). Siempre que la muestra siga una distribución normal si no es así se aplicaran test no paramétricos.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error <0.05. Técnicas de análisis multivariable: ajustaremos un modelo de regresión logística.

Limitaciones del estudio: podemos encontrar infraregistro en la historia clínica.

Aplicabilidad de los resultados esperados

Este proyecto de investigación tiene una aplicación directa en la práctica asistencial y es factible con los recursos de los que actualmente dispone nuestro centro. Abordar este problema de salud de forma precoz desde Atención Primaria constituye la estrategia más eficaz para la disminución del impacto del problema de la malnutrición sobre la salud de nuestros ciudadanos. La detección de problemas de malnutrición nos lleva a proponer medidas para poder solventarla.

Aspectos ético-legales

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio. Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, sólo tendrán acceso a los mismos, el investigador principal y su equipo de colaboradores. El estudio se realizará según las normas de Buena Práctica Clínica. Se pedirá el consentimiento informado al paciente o a su cuidador, y se dará hoja de información al paciente/cuidador. Se enviará el proyecto a la comisión de Investigación del DS.

Financiación

No hay financiación.

Palabras Clave

Malnutrition, Elderly, Primary Care.

28º

Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA
MÉDICO DE
FAMILIA**



ÁREA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Valoración y seguimiento de pacientes con sospecha de COVID-19 en la primera ola pandémica en una zona urbana de Andalucía

Leyva Alarcón A¹, Barquero Padilla R¹, Darwish Mateos S¹, Peña Arredondo M¹, Mendoza Huertas L¹, Pérez Milena A²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Valle-Julián Cabrera. Jaén

² Médico de Familia. CS El Valle. Jaén

Objetivo

Conocer las características de la atención inicial y el seguimiento telefónico de pacientes con sospecha de COVID-19 en la primera ola de la pandemia en un CS urbano.

Material y Métodos

Diseño observacional retrospectivo mediante auditoría de historias clínicas.

CS urbano.

Se reclutan casos probables SARS-CoV-2 (15/03/2020 a 15/06/2020) recogiendo el ámbito de atención inicial y seguimiento telefónico (número de llamadas y duración), variables sociodemográficas (incluyendo estructura familiar) y curso clínico (síntomatología, vulnerabilidad, pruebas, ingreso hospitalario y desenlace).

Resultados

301 pacientes (51,5 [\pm 17,8] años, 23% vulnerables, 17% estructura familiar no nuclear).

Valoración inicial en CS (59,8%-telefónica, 25,2%-presencial). En urgencias hospitalarias (11%) presentaron síntomas similares que, en Atención Primaria, predominan estructuras familiares no nucleares ($p < 0,05$?2), realizando

más pruebas ($p < 0,05$?2). En domicilio (3,9%) son pacientes ancianos vulnerables ($p < 0,01$ ANOVA).

El seguimiento telefónico duró 17,1 [\pm 10,3] días con 8,2 [\pm 4,4] llamadas, superior si provenían de urgencias o domicilio ($p < 0,03$ ANOVA). Se incrementa tras =2 consultas presenciales (OR 4,8), la presencia de síntomas de alarma (OR 2,3) y la edad =45 años (OR 2,0). Se realizaron pocas pruebas de confirmación (19,3% antigénicas, 13% serologías). 15,3% ingresos hospitalarios (todos valorados en centros de salud), con 6,3% casos severos y 2,3% exitus.

Conclusiones

Durante la primera ola de la pandemia, la población optó por ser atendida de forma telemática y en su CS. Las valoraciones iniciales en urgencias del hospital se relacionan con falta de apoyo social pero no con mayor gravedad clínica, aunque generan un mayor tiempo de seguimiento en Atención Primaria. El seguimiento telefónico fue aceptado por la población y ayudó a superar la incertidumbre diagnóstica al permitir seleccionar a los pacientes con peor curso clínico. Los flujos de atención generados tras valoración desde el CS (presencial o telefónica) parecen ser más eficientes.

28º

Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUANTITATIVA
MÉDICO
RESIDENTE**



ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Perfil de las mujeres que eligen ponerse DIU/implante subdérmico (ISD) en nuestro CS

Morente Rodríguez P, García García M, Moreno Zafra I

MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Victoria. Málaga

Objetivo

Describir el perfil de las pacientes que eligen insertarse y/o revisión de DIU O ISD como método anticonceptivo (ACO) en nuestro CS.

Material y Métodos

Diseño: descriptivo transversal.

Población: mujeres que acuden a la consulta de DIU/ISD CS desde febrero-septiembre/2021.

Selección de la muestra: pacientes citadas en consulta de DIU/ISD desde febrero-septiembre. Se eliminan de la muestra 7 pacientes que no acuden.

Tamaño muestral: n= 42

Variables: edad, fórmula obstétrica (FO), método ACO previo, motivo de consulta, DIU de cobre o ISD, derivación.

Análisis estadístico: estadística descriptiva.

Resultados

De las pacientes que acuden a la consulta de DIU/ISD 38,1% son menores de 30 años, 42,8% entre 30 y 40 años y 19,1% mayores de 40 años.

FO: 33,3% son nulíparas y 66,7% han tenido un hijo o más, 26,2% 1 o más abortos/IVE.

Método previo: 28,5% DIU de cobre (DIU-Cu), 28,5% ACHO, 19% preservativo, 9,5% ISD, 14,2% ninguno.

Motivo de consulta: 4,7% información, 73,8% inserción de DIU o ISD y 11,9% retirada. 9,5% a revisión de DIU o implante.

Método elegido: 57,1% DIU de cobre, 42,8% ISD. De las que eligen DIU de cobre 45,8% ya lo utilizaban. De las que eligen ISD un 16,6% ya lo utilizaba.

Derivación: 90,4% no se derivan. 4 pacientes se derivan: orificio cervical estrecho: 1 a CS y 1 al hospital. No presencia de hilos: 1 paciente al hospital. Molestias y deseo de retirar el DIU: 1 acude al hospital.

Conclusión

La mayoría de las pacientes son mujeres entre 30 y 40 años con uno o más hijos. La edad media es 32. Los ACO previos más utilizados son DIU-Cu y ACHO. Método más elegido: DIU-Cu. De las que utilizaban DIU-Cu, un gran porcentaje decide repetir el método. Las derivaciones por complicaciones son escasas. La Atención Primaria se considera un lugar seguro para esta práctica.

Palabras Clave

Dispositivos Anticonceptivos, Atención Primaria de Salud, Planificación Familiar.

ÁREA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Estudio de prevalencia de cesárea y adecuación de la ganancia ponderal en la población gestante de Málaga

García Medero S¹, Medero Canela R²

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Miraflores de los Ángeles. Málaga

² Médico de Familia. UD Multiprofesional Huelva

Objetivo

Determinar la prevalencia de cesáreas en la población gestante. Describir edad, IMC y abortos, así como la correcta ganancia ponderal durante el embarazo. Valorar si existe relación entre la necesidad de cesárea y la edad, IMC y adecuación de la ganancia ponderal.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo en Atención Primaria.

Se ha seleccionado de forma aleatoria una muestra de la población gestante de la provincia de Málaga con criterio de inclusión tener registro de embarazo antes de la semana 12, con una n final de 70 gestantes.

Variables: edad, IMC, abortos, cesáreas, adecuación de la ganancia ponderal en función del IMC al inicio del embarazo. Se ha realizado un estudio descriptivo e inferencia estadística con chi cuadrado y t de Student. Se han cumplido los preceptos éticos de investigación y se obtuvo aprobación por CEI.

Resultados

Edad media 32.17, DT 5.33, IC 95% (30.9-33.4).

IMC 24.83, DT 5.41, IC 95% (23.54-26.12).

Aborto en el 9.2% de los embarazos registrados. Ganancia media de 11 Kg, siendo ésta adecuada (según el IMC previo) en 78%. Requieren cesárea el 22.2%. Existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de cesárea y la edad (p 0.19). No existe relación con IMC (p 0.232) y por último existe relación con la adecuación de la ganancia ponderal (p 0.02), hasta un 60% de las cesáreas no presentan una adecuada ganancia ponderal.

Conclusión

La población gestante de la provincia tiene una edad en torno a los 32 años, acabando casi una décima parte de los embarazos en aborto, y casi una cuarta parte en cesárea. La ganancia ponderal no siempre es adecuada según recomiendan las guías en base a su IMC de partida, y esto se relaciona con más cesáreas. Sería aconsejable indagar en los hallazgos para planificar futuros estudios de intervención.

Palabras Clave

Cesárea, Ganancia ponderal, Gestación.

28º

Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA
MÉDICO DE
FAMILIA**



ÁREA: SALUD MENTAL

Trastorno mental grave durante la pandemia COVID-19 en zonas rurales

Ramos Ruíz J¹, Noguera Cuenca M², Rodríguez Bayón A³, Ruiz Díaz B⁴, Pérez Milena A⁵

¹ Técnico de Salud. UD Multiprofesional. DS Norte-Nordeste de Jaén

² Vicedecana de Psicología. Doctora en Psicología. Universidad de Almería

³ Médico de Familia. DS Sanitario Jaén-Jaén Sur

⁴ Auxiliar de Enfermería. PTS Granada

⁵ Médico de Familia. Doctor en Medicina. CS El Valle. Jaén

Objetivo

Conocer las vivencias y expectativas sobre la atención prestada por el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y sus cuidadores durante la pandemia COVID-19 en zona rural.

Pacientes y métodos

Metodología cualitativa, estudio exploratorio.

Muestreo intencional de pacientes >18 años con TMG y su principal cuidador/a, zona rural, escogidos por informador clave.

Criterios de heterogeneidad: sexo, función familiar (test Apgar Familiar) y discapacidad (cuestionario WHODAS 2.0).

Recogida de información mediante entrevista focal familiar al enfermo/a y cuidador/a principal. Moderador no sanitario y videograbación.

Análisis con transcripción literal de los discursos, codificación, triangulación de categorías y obtención de resultados.

Resultados

18 entrevistas (50% enfermos, 83% hombres, 33% disfunción familiar, 67% discapacidad, 83% sobrecarga del cuidador, duración media 21,6 minutos).

El sentimiento de desamparo y aislamiento se ha incrementado durante la pandemia con la demora de las revisiones en salud mental, la alta rotación de médicos de familia y la ausencia de un circuito ante descompensaciones que no sea la atención urgente o un psiquiatra privado. La atención telefónica no es útil para los enfermos, mientras que los cuidadores no pueden contactar con los psiquiatras. Piden mayor implicación del médico de familia, con continuidad y como enlace con salud mental. No hay problemas para los desplazamientos, pero desean un servicio de salud mental cercano físicamente y accesible a dudas. Los/las cuidadores muestran agotamiento y reclaman más empatía y más información sobre los cuidados por parte del sistema sanitario, elevada sensación de soledad. El apoyo social es aún más escaso, con cuidados formales excesivamente rígidos en horarios.

Conclusión

La accesibilidad y continuidad han empeorado para pacientes con TMG en medio rural. Los cuidadores/as reclaman profesionales implicados cercanos y más información. Se precisan cambios en la atención sanitaria y mejorar el apoyo social.

Palabras Clave

Rural Health Services, COVID-19, Mental Disorders.

28º

Congreso Andaluz
de Medicina Familiar
y Comunitaria
SAMFyC

**COMUNICACIONES
TIPO PÓSTER:
RESULTADO DE
INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA
MÉDICO
RESIDENTE**



ÁREA: URGENCIAS

Guardias hospitalarias y COVID-19. Impacto emocional en residentes de familia

Mengual Garcerán Y¹, García Teba M², Corona Verano S³

¹ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Montequinto. Dos Hermanas (Sevilla)

² MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Pablo. Sevilla

³ MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Ricardo Martínez Sánchez. Sevilla

Objetivo

Evaluar el efecto de las Guardias Hospitalarias y la Pandemia por COVID sobre la salud mental y el mundo subjetivo de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo con dos partes diferenciadas: una cualitativa (Método de Abordaje de la Subjetividad, MAS) y otra cuantitativa (Escala de valoración).

A partir de una muestra de 21 MIR MFyC del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), Hospital Universitario Virgen de Valme (HUVV) y Hospital Público Comarcal de la Merced (HPCM), empleamos el MAS para evaluar la vivencia de “Experiencias límite” en los MIR MFyC durante sus Guardias Hospitalarias en los servicios de Urgencias y durante la asistencia en Pandemia por COVID-19, y las distintas estrategias de afrontamiento desarrolladas ante dichas experiencias. Asimismo, valoramos en ellos la prevalencia de Ansiedad, Depresión y Burnout, mediante el empleo de las siguientes escalas específicas: escala de Ansiedad y depresión de Goldberg; Escala de Ansiedad de

Hamilton; Escala de Depresión de Hamilton y Maslach Burnout Inventory.

Resultados

Hemos observado la carencia de mecanismos de afrontamiento previos en los MIR MFyC, que en muchos casos ha provocado la aparición de sufrimiento al enfrentarse a las Guardias de Urgencias Hospitalarias y a la Pandemia por COVID-19. Encontramos en nuestra muestra una prevalencia de clínica de Ansiedad en el 90,48% de los participantes; del 43,8% de Depresión y del 9,52% de Síndrome de Burnout.

Conclusión

En base a los resultados, consideramos recomendable la implementación de intervenciones y recursos que facilitaran la expresión y asimilación de las emociones de los MIR MFyC, derivadas de su exposición a Experiencias Límite durante su proceso formativo.

Palabras Clave

Internado y Residencia, Urgencias Médicas, Infecciones por Coronavirus.

ÁREA: URGENCIAS

Jóvenes en urgencias

Ayora Rodríguez M¹, Lorente Callejo M², Medero Canela R³

¹ MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Torrejón. Huelva

² MIR 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Bollullos Par del Condado. Bollullos Par del Condado (Huelva)

³ Médico de Familia. UD Multiprofesional Huelva

Objetivo

El objetivo primario es conocer el motivo de consulta más frecuente de jóvenes en urgencias en ámbito hospitalario. Como secundarios, describir si existe consulta previa en AP, frecuentación en urgencias de AP y hospitalaria en el último año, y destino al alta.

Pacientes y métodos

Estudio observacional descriptivo de ámbito mixto.

Se realiza muestreo consecutivo incluyendo a pacientes entre 19 y 30 años que acudieron a urgencias hospitalarias del Hospital Infanta Elena (Huelva) durante el mes de junio de 2021.

Las variables estudiadas: edad, sexo, antecedentes personales, número de consultas de AP y Urgencias en el último año, motivo de última consulta a Urgencias, consultas previas en AP y destino al alta.

Se ha realizado un análisis descriptivo con medias y porcentajes.

Limitación del estudio por datos no registrados en historia clínica, solventándolo mediante búsqueda exhaustiva.

Resultados

El tamaño muestral fue 341, con edad media de 24'8 años y DT 3'34 (IC 95%); siendo 51'5% mujeres. De ellos, un 43'2% presentaba antecedentes personales, frente a un 56,8%. La principal consulta fue traumatológica (32'4%), seguida de digestivo (15'3%) y las menos frecuentes, respiratoria y dermatológica, 6 y 9%, respectivamente. Un 45'9% había consultado 1 vez en AP en el último año y un 2'4% entre 10-20 ocasiones. A urgencias hospitalarias acudieron 42'9% en 1 ocasión y 0'6% en 16 ocasiones. Al alta 72,4% fueron derivados a domicilio, 19'7% a especialista, 1'2% a mutua laboral, ingresando 6.8%.

Conclusión

La edad media es de 25 años, sin diferencia significativa entre sexos. La consulta más frecuentemente fue patología traumatológica; consultando en AP en más de la mitad de los casos, con destino al domicilio en más de un 70%. Por tanto, los jóvenes suelen consultar en Urgencias por patologías banales que podrían tratarse en AP.

Palabras Clave

Adulto Joven, Atención Ambulatoria, Servicios Médicos de Urgencia.

Fundación

SIMFYC

